

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Вищого навчального закладу  
Укоопспілки «Полтавський університет  
економіки і торгівлі»  
08 липня 2015 року № 152-Н

Форма № П-4.04

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКООПСІЛКИ  
«ПОЛТАВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТОРГІВЛІ»**

Навчально-науковий інститут заочно-дистанційного навчання

Форма навчання заочна

Кафедра економічної кібернетики,  
бізнес-економіки та інформаційних систем

Допускається до захисту

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ М. Є. Рогоза

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 р.

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

*на тему:*

**«Моделювання та оптимальний розподіл ресурсів лікувального закладу»  
(за матеріалами Медичного реабілітаційного центру «Миргород»)**

**зі спеціальності 051 Економіка освіти програма «Економічна кібернетика»**

**Виконавець роботи: Прилуцька Людмила Володимирівна**

Підпис \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р.

**Науковий керівник: Рогоза Микола Єгорович, д. е. н., професор**

Підпис \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р.

**Рецензент** \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

**Полтава 2020**

## ЗМІСТ

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АНАЛІЗУ ЕКОНОМІЧНИХ ЗАСАД ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ .....	6
1.1 Система фінансування галузі охорони здоров'я.....	6
1.2. Основні методи та закони економіки охорони здоров'я.....	19
1.3. Основні показники аналізу економічної діяльності установ системи охорони здоров'я.....	29
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ "МИРГОРОД" МВС УКРАЇНИ .....	37
2.1 Загальна характеристика діяльності медичного реабілітаційного центру "Миргород" МВС України .....	37
2.2 Аналіз послуг та фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород».....	42
2.3 Аналіз фінансово-господарської діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород” .....	45
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРА МВС УКРАЇНИ “МИРГОРОД” .....	60
3.1 Вдосконалення системи економічного управління Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород” як необхідна умова оптимального розподілу ресурсів.....	60
3.2 Формування збалансованої системи економічних показників діяльності лікувального закладу для оптимального розподілу ресурсів .....	67
3.3 Побудова економіко-математичної моделі за даними Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород” .....	76
Висновки .....	84
Список використаних джерел .....	88
Додатки.....	92

## ВСТУП

Якість життя населення в Україні має пряму залежність від розвитку системи охорони здоров'я. Аналіз даних Міністерства охорони здоров'я України показує, що стан здоров'я населення нашої держави є незадовільним, відмічається висока смертність та найвищий в Європі природний спад населення. Тривожними чинниками є різке скорочення постачання до медичних установ ліків, зниження лікувально-профілактичної роботи.

Галузь охорони здоров'я функціонує в певному економічному середовищі. В сучасних умовах галузь медицини відчуває проблеми ринкових відносин, але не має можливості використовувати позитивні сторони ринкової економіки, що привело до погіршення медичної допомоги населенню України. Отже, питання розвитку лікувальних закладів є актуальним та важливим у наш складний час.

Метою цього дослідження є розроблення моделей прогнозування економічної діяльності лікувальних закладів для вирішення завдань розвитку та функціонування медичних закладів.

Актуальність обраної теми дипломної роботи є незаперечною, оскільки теоретичні аспекти функціонування установ охорони здоров'я як суб'єкта економічних відносин, проведення аналізу для визначення ефективності господарської діяльності лікувальних закладів та прогнозування є підґрунтям для необхідних змін. У наш час актуальними є питання впровадження обов'язкового медичного страхування, підвищення медико-економічної ефективності, розвиток додаткових джерел фінансування, механізм ціноутворення, аналіз господарської діяльності лікувальних закладів, ефективність та раціональне використання ресурсів.

Також слід відмітити, що без дослідження медико-економічної ефективності роботи лікувальних закладів, неможливо визначити стратегії

розвитку ні певної організації, ні галузі в цілому. Зараз наша держава проходить медичну реформу, тому необхідно постійно моніторити зміни в системі охорони здоров'я, оскільки від цього залежить не лише сучасне, але й майбутнє нашої держави. Адекватний аналіз та прогнозування дають можливість прийняття оптимальних рішень керівниками медичних установ. Враховуючи ці аспекти очевидно, що тема дипломної роботи є актуальною.

Мета дипломної роботи – це вивчення теоретичних засад аналізу та прогнозування економічного розвитку лікувального закладу.

Для досягнення поставленої мети вимагається вирішити такі задачі:

- дослідити існуючі системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- з'ясувати основні методи та закони економіки охорони здоров'я ;
- визначити основні показники аналізу економічної діяльності установ системи охорони здоров'я;
- вивчити загальні характеристики діяльності медичного реабілітаційного центру "Миргород" МВС України;
- проаналізувати послуги та фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород»;
- здійснити аналіз фінансово-господарської діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”;
- запропонувати шляхи вдосконалення системи економічного управління Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”;
- сформулювати збалансовану системи економічних показників діяльності лікувального закладу;
- побудувати економіко-математичну модель за даними Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”

Об'єкт дослідження цієї дипломної роботи – Медичний реабілітаційний центр МВС України «Миргород».

Предмет дослідження – процес аналізу економічних показників лікувального закладу та прогнозування розвитку Медичного реабілітаційного центру МВС України «Миргород».

Для написання роботи використовувалися джерела з різних областей наук: менеджменту, маркетингу, медицини, соціології, психології, економіки. Серед них – періодичні видання, монографії, підручники та ін. Особливо слід зазначити роботи таких авторів, як: Ждан В. М., Голованова І. А., Карамішев Д. В., Краснова О. І., Куценко В. І., Лехан В. М., Мачуга Н. З., Немченко А. С., Огнєв В. А., Слабкий Г. О., Трілленберг Г.І., Чухно І.А. і ін.

Робота складається з вступу, 3 розділів, 9 підрозділів, висновків, списку використаних джерел. Робота містить 29 рисунків, 6 таблиць, 38 найменувань інформаційних джерел.

## РОЗДІЛ I

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АНАЛІЗУ ЕКОНОМІЧНИХ ЗАСАД ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

#### 1.1 Система фінансування галузі охорони здоров'я

Охорона здоров'я – це складна соціально-економічна система, основним призначенням якої є забезпечення здійснення найважливішого соціального принципу: збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. Це система державних, громадських та індивідуальних засобів і заходів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини [16].

Економіка охорони здоров'я – це наука про організаційні та соціально-економічні відносини, які формуються у процесі задоволення потреб населення в медичних послугах [4, 16]. В умовах ринку економіка охорони здоров'я вивчає дію законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва – робочу силу.

Галузь охорони здоров'я має свої специфічні особливості, зокрема це фінансування. Згідно [17] фінансування – це сфера економічних відносин, яка визначається рухом грошових засобів.

До головних джерел фінансування системи охорони здоров'я відносяться (рис. 1.1):

- кошти державного бюджету;
- кошти місцевих бюджетів;
- добровільне медичне страхування;

- фінанси громадських та благодійних організацій;
- офіційні платежі населення ( приватна медична практика);
- неофіційна оплата послуг.



Рисунок 1.1 – Головні джерела фінансування системи охорони здоров'я, складено автором за [17]

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, за рахунок податків, які збирають з підприємств та населення. Згідно [17], бюджетне фінансування – безповоротне направлення коштів із державного та місцевого бюджету на витрати, пов'язані з

державними замовленнями, програмами та забезпеченням державних організацій.

Для бюджетного фінансування, притаманні такі принципи (рис. 1.2):  
безповоротність – безповоротне виділення коштів розпорядникам;  
безплатність – відсутність плати за виділені призначення; безстроковість – відсутність обмежень часу, на протязі якого можна використовувати кошти;  
плановість – виділення коштів у обсягах, відповідних до обсягів видатків, затверджених у фінансових планах; цільове спрямування – кошти з бюджету відпускаються на визначені цілі відповідно до фінансових планів; поєднання різноманітних джерел покриття витрат – бюджетні кошти виділяються з урахуванням власних та коштів вищих організацій, кредитів; фінансування з бюджету проводиться по мірі виконання показників та отримання доходів.



Рисунок 1.2 – Принципи бюджетного фінансування,  
складено автором за [17]



Метод фінансування – це розподіл грошових коштів між виробниками медичних послуг. Використовують такі методи фінансування охорони здоров'я, як кошторисний, програмно-цільовий, за надані медичні послуги. При цьому, кошторисний та програмно-цільовий є основними в фінансуванні медицини в Україні. Кошторисне фінансування – найчастіша форма, яка полягає у виділенні коштів установам в межах кошторисів доходів та видатків. Заклади охорони здоров'я одержують кошти із бюджету на основі кошторису [17].

Кошторис – це основний документ, який визначає об'єм, цільовий напрям і щоквартальний розподіл засобів, які спрямовуються з бюджету на утримання установи. Він складається із статей, які містять однорідні видатки та не підлягають зміні. Витрати, що включаються в кошторис, повинні бути обгрунтовані відповідними розрахунками по кожній статті кошторису.

Розміри видатків за кожною статтею кошторису встановлюються шляхом використання норм та нормативів – галузеві показники, економічні нормативи, вартісні та натуральні нормативи, вартісні та натуральні технічні норми. При плануванні витрат бюджету (кошторису) медична установа виходить з наступних показників:

- для лікарень і інших лікувальних закладів (госпіталів) – кількості ліжок;
- для амбулаторно-поліклінічних установ – кількості лікарських посад;
- для фельдшерсько-акушерських пунктів – кількості установ.

Програмно-цільове фінансування передбачає визначення чітких цілей фінансування, дає можливість уникнути нецільового використання коштів, забезпечити результативне їх витрачання. Бюджетне фінансування державних програм – визначене правовими нормами в аргументованих обсягах виділення бюджетних коштів безповоротно та безвідплатно або платно, та з їх цільовим призначенням, які направлені на покриття видатків, реалізацію завдань та програм із-за умов ефективного використання коштів, їх економії та контролю з боку держави [4, 16, 17].

Фінансування за надані медичні послуги є найточнішим методом, воно здійснюється як від планового, так і від фактичного обсягу послуг і пов'язане з розрахунком тарифів:

- оплата за фактичну кількість наданих послуг;
- оплата за фактичне число відвідувань;
- оплата за фактичну кількість завершених випадків амбулаторної допомоги;
- поособове фінансування всього обсягу наданої допомоги (повне фондоотримання);
- поособове фінансування всього обсягу позалікарняної допомоги і частини обсягу стаціонарної (часткове фондоотримання).

Додатковим джерелом фінансування є добровільне медичне страхування (ДМС). Соціально-економічне значення ДМС полягає у тому, що воно доповнює гарантії, надані у межах соціального забезпечення до максимально можливих у сучасних умовах стандартів. З економічної точки зору медичне страхування являє собою механізм компенсації застрахованому витрат і втрат, пов'язаних з настанням хвороби або нещасного випадку.

ДМС здійснюється на комерційних засадах страховими організаціями України – суб'єктами підприємницької діяльності згідно із Законом України „Про страхування”. Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Лікарняна каса це добровільна, недержавна, некомерційна організація, побудована на принципі солідарності та страховій технології, яка функціонує у правовому полі, створеному відповідно до законів України „Про благодійництво та благодійні організації” та „Про об'єднання громадян”. Каси об'єднують інтереси громадян, трудових колективів та медичних працівників у питаннях медикаментозного та діагностичного забезпечення членів ЛК при їх захворюванні.

Основне завдання лікарняної каси – це допомогти населенню отримати медичну допомогу найвищої якості. Лікарняна каса дає своїм пацієнтам:

- соціальний захист на випадок хвороби; низький членський внесок;
- гарантований доступ медичної допомоги членам ЛК і їх сімей;
- ефективне використання медикаментів;
- надання якісних послуг;
- система контролю якості надання медичної допомоги членам лікарняної каси.

Приватний сектор медичної практики в Україні недостатньо розвинений через високу вартість послуг. Основа існування приватної медичної практики закладена в статті 49 Конституції України, де підкреслюється, що держава сприяє розвитку лікувальних установ всіх форм власності. Стаття 16 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” розвиває положення Конституції й визначає, що медична практика може виявлятися підприємствами всіх форм власності з реєстрацією й діяльністю в порядку, певному законодавством [1].

Медична допомога може також виявлятися й у порядку індивідуальної підприємницької діяльності, здобуваючи характер приватної медичної практики. Неофіційні платежі домогосподарств у загальній структурі витрат з охорони здоров'я займають друге місце після витрат уряду, до того з кожним роком їх частка досить суттєво зростає. Часткова оплата, як правило, здійснюється за амбулаторне призначення лікарських засобів, амбулаторне і стаціонарне лікування, стоматологічне обслуговування [4, 16, 17]. Неофіційні платежі за медичне обслуговування як у розвинених країнах, так і в Україні, становлять загрозу для реформування сфери охорони здоров'я, погіршують доступ до медичного обслуговування. Також це призводить до відмови в наданні медичних послуг тим категоріям населення, які неплатоспроможні.

Одним з додаткових джерел фінансування медичної галузі є благодійництво – добровільна безкорислива пожертва фізичних та юридичних осіб у поданні набувачам матеріальної, фінансової,

організаційної та іншої благодійної допомоги (ст. 1 Закону про благодійництво). Її специфічні форми: меценатство, спонсорство й волонтерська діяльність.

Список бюджетних установ, які можуть отримувати благодійні (добровільні) внески та пожертви, озвучено в Порядку № 1222 ( Постанова К М України від 4 серпня 2000 р. № 1222 про Порядок отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування (із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ N 368 ( 368-2009-п ) від 14.04.2009. Це заклади освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання.

Благодійні внески в грошовій формі надають виключно на добровільних засадах, обов'язково документально оформлюють і відображають у бухгалтерському обліку та звітності. Керівнику закладу охорони здоров'я слід затвердити низку внутрішніх локальних документів, які чітко регламентують отримання закладом благодійної допомоги. Серед таких документів має бути наказ про порядок прийому благодійних внесків та пожертвувань від фізичних та юридичних осіб, в якому передбачено порядок прийому та використання внесків, перелік матеріально відповідальних осіб, котрі мають право приймати благодійні внески, порядок контролю за отриманням, надходженням та використанням благодійної допомоги. Благодійні кошти зараховуються на спеціальний реєстраційний рахунок, призначений для таких надходжень. Згідно з пунктом 4 Порядку № 1222 благодійні внески у грошовій формі зараховуються на рахунок „Суми за дорученням”, шляхом здійснення певної касової операції. Тобто всі благодійні внески готівкою приймаються виключно через каси закладу охорони здоров'я.

Функціонування державно-бюджетної системи охорони здоров'я має ряд позитивних сторін: централізоване фінансування, яке покриває біля 90 %

усіх видатків на медицину та не дає зростати ціні на лікувальні послуги; система забезпечує високий ступінь соціальної захищеності громадян шляхом установлення гарантій надання безкоштовної медичної допомоги; проведення строгого державного контролю за умовами надання медичної допомоги; заклади охорони здоров'я знаходяться під контролем та у власності держави, ринок також знаходиться під контролем держави та його роль є другорядною; висока ефективність при впливі на захворюваність особливо небезпечними інфекційними захворюваннями, а також в умовах надзвичайних ситуацій.

До недоліків цієї системи слід віднести:

- дефіцит фінансових ресурсів охорони здоров'я, обумовлений нестабільним станом бюджетів та неефективним розподілом матеріальних і спеціальних ресурсів;
- обмеженість матеріальних стимулів;
- слабка залежність фінансування медичних установ від обсягів і якості роботи;
- нерівність для окремих соціальних, географічних груп у рівні і якості надання медичної допомоги;
- слабе впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань;
- відволікання значних фінансових ресурсів на утримання установ, слабо оснащених, що не мають висококваліфікованих кадрів;
- низький рівень розвитку первинної медичної допомоги, пріоритет дорогих стаціонарних видів надання медичних послуг;
- незахищеність споживача від неякісних медичних послуг.

Крім державної моделі фінансового забезпечення медичної галузі, в світі також існують страхова система (Франція, Німеччина, Австрія, Бельгія, Швейцарія та інші) і приватна (платна) система (США, Японія, Південна Корея). Приватна система охорони здоров'я формувалася під впливом

ринкової системи господарювання в суспільстві і є частиною ринкової економіки. Тому найвищого рівня організації вона досягла в країнах з найбільш розвиненою ліберальною ринковою економікою.

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в приватній моделі являються кошти добровільного медичного страхування та власні платежі населення.

Ця система характеризується такими ключовими параметрами:

- ринкова система господарювання в охороні здоров'я, заснована на приватній власності;
- демократична, максимально децентралізована система управління галуззю;
- багатоканальний механізм фінансування, заснований на приватних джерелах і прямої оплаті за медичні послуги;
- жорстка конкуренція на ринку медичних послуг;
- залежність доходів виробників медичних послуг від обсягу та якості медичних послуг;
- абсолютний спектр медичних послуг;
- високий рівень задоволення попиту населення на медичні послуги;
- високий рівень якості медичних послуг;
- високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг;
- висока сприйнятливість нових видів медичних послуг;
- висока адаптивність системи до ринку медичних послуг, тобто оперативність у оволодінні новими медичними послугами.

Приватній моделі фінансування медичної галузі притаманні недоліки:

- високий рівень вартості медичних послуг;
- низький рівень доступності медичних послуг для широких верств населення;
- нерівномірний розвиток медичної інфраструктури по територіальним регіонах;

- трудність організації медичного обслуговування населення вдома, особливо в умовах фінансової неспроможності суспільства;
- низький пріоритет медичних послуг громадського значення (суспільної профілактики, швидкої допомоги, диспансеризації);
- важкість управління галуззю або службами в екстремальних ситуаціях розвитку суспільства (економічний, екологічний, соціальний, військово-політична криза);
- неналежний контролю за якістю медичних послуг, не спрацьовування системи в умовах економічної кризи.

Переваги та недоліки приватної системи охорони здоров'я подано на рисунку 1.3.

Соціально-страхова система охорони здоров'я (модель Бісмарка) передбачає фінансування сфери охорони здоров'я не менше 60% усіх витрат за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування. Решта витрат (до 40%) фінансуються за рахунок коштів бюджету, добровільного медичного страхування, коштів отриманих за надання платних медичних

Страхові внески є обов'язковими майже для всього населення країни при певній участі держави в фінансуванні страхових фондів. Медичний фонд, як правило, незалежний від держави, але діє у межах законодавства. Під час соціального страхування гарантується право на точно зумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права.

У цій моделі держава відіграє роль гаранта у задоволенні суспільно необхідних потреб у медичній допомозі усіх громадян незалежно від рівня доходів.

Ключовими характеристиками страхової системи охорони здоров'я є такі:

- система охорони здоров'я заснована на страхуванні здоров'я людини;



Рисунок 1.3 – Переваги та недоліки приватної системи охорони здоров'я, складено автором за [17]

- види медичної допомоги включаються в систему страхування за допомогою законів чи договорів між страховиками і страхувальниками;
- демократична децентралізована система управління медичною галуззю;
- наявність м'якої конкуренції на ринку медичних послуг;



- наявність вираженого зв'язку між доходами (заробітною платою) виробників медичних послуг, обсягом і якістю медичного обслуговування;
- ефективний механізм контролю за якістю медичних послуг, заснований на юридичних і фінансово-економічних діях страховика і страхувальника;
- опосередкований, економічно вигідний для всіх суб'єктів страхової системи охорони здоров'я механізм оплати за медичні послуги через страховий внесок;
- наявність стимулів у виробників для розширення спектру, обсягу та якості медичних послуг;
- достатній рівень гарантії обсягу та якості медичних послуг; гарантована доступність медичної допомоги для широких верств населення;
- багатоукладна власність медичної інфраструктури: діяльність системи здійснюється на основі законодавчого або договірної взаємодії страхувальника, страховика, виробника медичних послуг.

Недоліки страхової системи:

- зростання вартості медичних послуг в період становлення загального і медичного ринку товарів і послуг;
- зростання витрат на адміністративно-управлінські потреби і матеріально-технічні засоби;
- низький пріоритет медичних послуг, що не володіють першорядної життєвої важливістю і, в тому числі, профілактичного та оздоровчого характеру;
- нерівномірні витрати на розвиток галузі по окремих регіонах;
- низький пріоритет капітальних витрат в галузь;
- низький пріоритет інтересів пацієнтів, які часто і тривало хворіють, у зв'язку з їх економічною невідповідністю;
- трудність функціонування системи або повна її неспрацьовування в умовах низької купівельної спроможності населення, глибокого спаду промислового виробництва і високої інфляції;

– забезпечення системою фахівців-медиків, які не мають або мають малий (менше 5 років) професійний практичний досвід.

Страхова модель системи охорони здоров'я, так само як державна та приватна моделі, має притаманні їй особливості.

Переваги та недоліки страхової системи подано на рисунку 1.4.

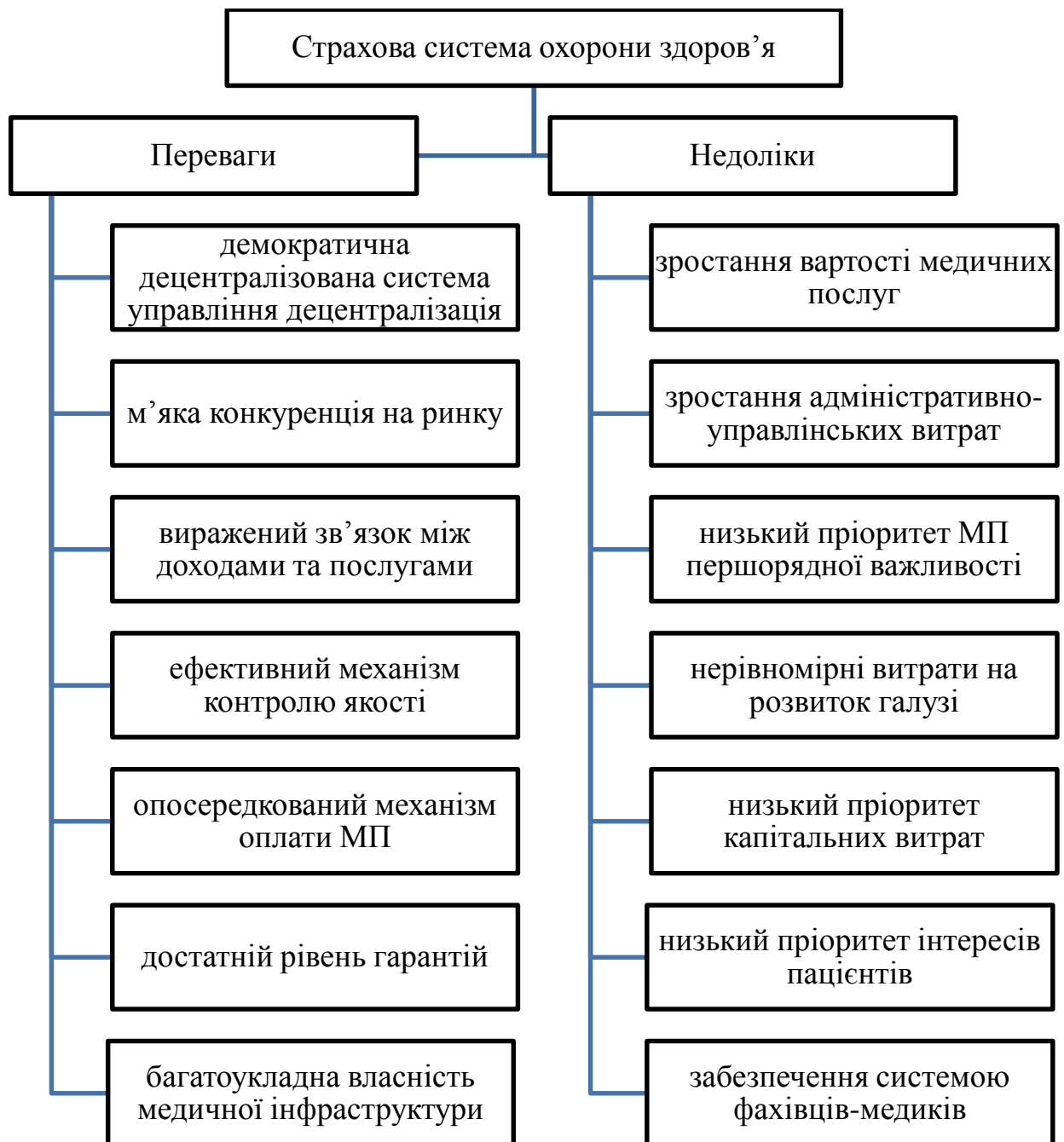


Рисунок 1.4 – Переваги та недоліки страхової моделі системи охорони здоров'я, складено автором за [16]

Отже, розглянуто три моделі системи охорони здоров'я, визначено притаманні їм особливості та недоліки. Далі розглянемо методи економіки цієї галузі.

## 1.2. Основні методи та закони економіки охорони здоров'я

Економіка охорони здоров'я, насамперед, прагне домогтися при економічно обґрунтованих матеріальних, фінансових і трудових витратах максимального ефекту в досягненні мети, поставленої суспільством перед охороною здоров'я, а саме – досягнення максимальної доступності медичної допомоги і забезпечення її високої якості для населення.

Серед великої кількості методів, якими користуються економісти при аналізі економічних процесів в сфері охорони здоров'я використовуються як спеціальні методи, так і загальнонаукові методи пізнання, подані на рисунку 1.5.

Розглянемо загальнонаукові методи економіки охорони здоров'я, а саме аналіз та синтез, індукцію та дедукцію, абстрагування та експеримент.

Аналіз і синтез – це комплексний метод дослідження, сукупність прийомів, операцій і дій з уявного роз'єднання об'єктів на складові, елементи, властивості (аналіз) і об'єднання їх у єдине ціле (синтез) під час вирішення пізнавального завдання.

Наприклад, при проведенні експерименту по впровадженню нових форм і методів господарювання в регіонах був накопичений певний досвід, що дозволив провести поглиблений аналіз і оцінку предмета дослідження. На наступному етапі за допомогою методу синтезу, можна виділити загальні для всіх регіонів позитивні і негативні результати та намітити подальші шляхи удосконалення організації, економіки і управління охороною здоров'я.

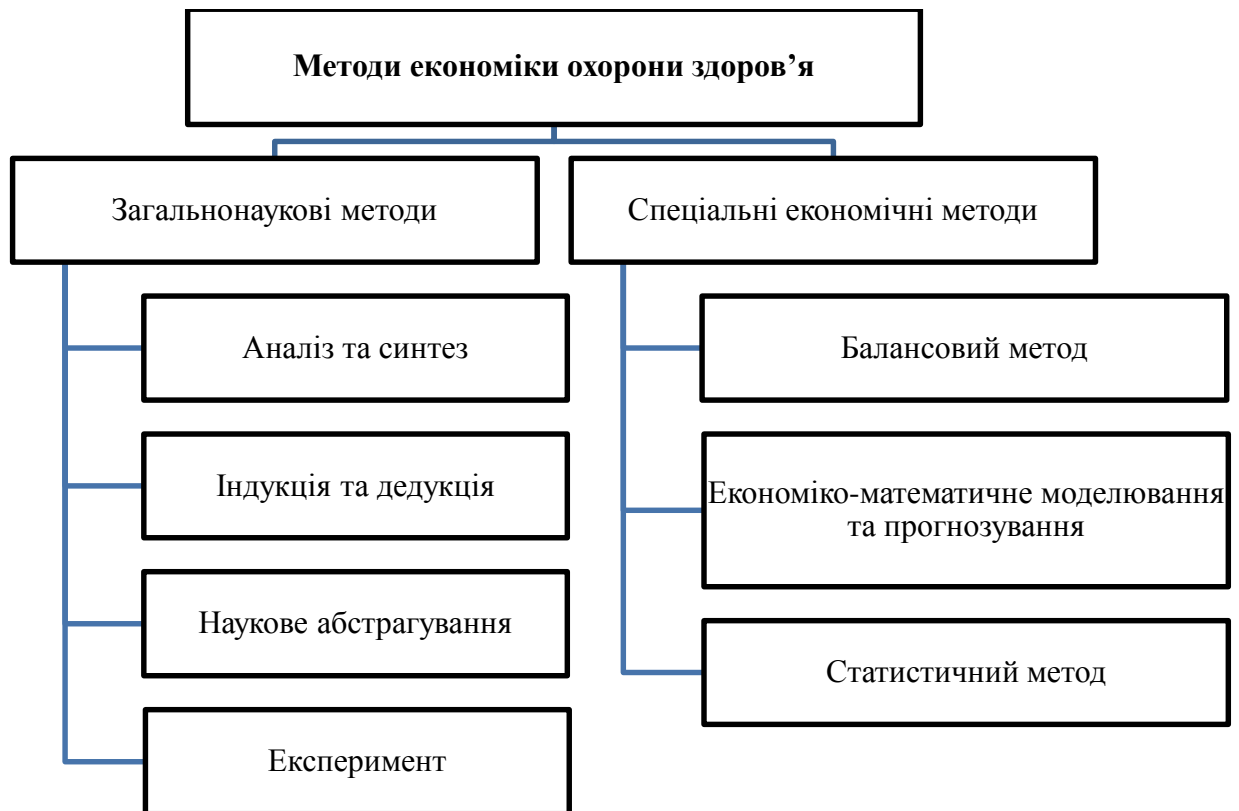


Рисунок 1.5 – Методи пізнання в економіці охорони здоров'я [17]

Індукція та дедукція – це комплексний метод наукового дослідження, що передбачає мислення від одиничного, окремого до загального і від загального до окремого, одиничного.

Наукове абстрагування – загальнонауковий метод уявного відволікання від несуттєвих властивостей, зв'язків, відношень об'єктів і одночасного виокремлення істотних з метою пізнання одного чи кількох їх аспектів. Наукове абстрагування – завжди відволікання від конкретного, стороннього з метою дослідження суттєвого, що спрощує завдання пізнавальної діяльності.

Одним з розповсюджених у даний час методів досліджень у економічній науці є економічні експерименти. Вони логічні і необхідні. Пошук тих чи інших методів і форм підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я на прикладі декількох регіонів чи окремих медичних закладів має велике практичне значення. Експериментальний метод дозволяє знайти і випробувати нові схеми фінансування, форми оплати праці медичних працівників, механізми ціноутворення, нові форми надання

профілактичної, лікувально-діагностичної і реабілітаційної допомоги населенню. Особливо актуальним є використання цього методу, коли прорахувати економічний ефект від впровадження певних заходів є досить складно (здебільшого це стосується соціальних та організаційних заходів).

Перейдемо до розгляду спеціальних економічних методів, а саме балансового методу, економіко-математичного моделювання, прогнозування та статистичного методу.

Балансовий метод – це сукупність специфічних прийомів економічних розрахунків. Балансовий метод використовується для встановлення чітко визначеного кількісного співвідношення між взаємопов'язаними складовими процесу (наприклад, співвідношення між доходами і витратами, пропозицією та попитом на медичні послуги, на різні види медикаментів і медичної техніки, фінансових ресурсів, між прибутковою і видатковою частинами бюджету тощо).

Схема економічних балансів будується за принципом рівності величин: ресурсів і можливостей їх реалізації, наявних активів та джерел їх формування, при цьому передбачається накопичення резервів. Створення таких резервів має дуже велике значення, оскільки без їх наявності, в умовах гострого дефіциту ресурсів, та чи інша функціональна ланка системи охорони здоров'я може давати збій, а це, в свою чергу, може призвести до серйозних медико-соціальних наслідків.

Економіко-математичне моделювання – відтворення економічних об'єктів і процесів у малих експериментальних групах, економіко-математичних моделях. В економіці часто використовується метод математичного моделювання, що передбачає опис економічних процесів за допомогою математичних моделей (за допомогою формул, розрахунків тощо) з метою подальшого прогнозування розвитку досліджуваних явищ та процесів при існуючих умовах або при певній зміні того чи іншого фактору. Модель економічного об'єкту, як правило, підтримується фактичними

статистичними даними, що дозволяє будувати реальні прогнози і проводити об'єктивні оцінки стану та розвитку економічного явища або процесу.

Цей метод особливо важливий з урахуванням впровадження в сфері охорони здоров'я нових економічних відносин, підпорядкованих законам ринкової економіки. Окрім того, цей метод є одним із найбільш точних хоча й високовартісних методів, адже дозволяє враховувати максимальну кількість умов і факторів, що впливають на результат соціально-економічної діяльності як окремої організації, так і галузі, та визначати вплив кожного із них.

Прогнозування представляє собою науково обґрунтоване передбачення найбільш ймовірних змін стану галузі охорони здоров'я: потреби в медичних послугах, виробничих потужностях медичної промисловості, напрямків технічного прогресу в галузі тощо. При цьому побудова вірогідних прогнозів розвитку галузі повинна кореспондувати з прогнозами зміни стану здоров'я населення.

Статистичний метод дозволяє оцінити кількісний і якісний зв'язок між профілактичними, лікувальними і діагностичними процесами. Розкриваючи кількісні зміни, що відбуваються в сфері охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я досліджує перехід їх у нову властивість – якісне надання медичної допомоги населенню.

Для забезпечення ефективного і раціонального використання ресурсів у сфері охорони здоров'я, важливе значення має необхідність знання, розуміння і використання у практичній діяльності фахівцями, що здійснюють управління організаціями, підприємствами, установами в цій сфері та управління галуззю в цілому, економічних законів, що виражають суть цих відносин через їх внутрішні взаємозв'язки, виступаючи як регулятори розвитку економіки.

Вказані закони не є нормативними документами, що затверджені якимись нормотворчими органами. Вони є об'єктивними законами функціонування економічних відносин на певному рівні розвитку

суспільства, суспільних відносин, економіки. У цілому, виділяють три основні групи економічних законів (специфічні, особливі і загальні):

- специфічні закони – діють лише при певному суспільному ладі;
- особливі економічні закони – відображають особливості виробничих відносин, властивих декільком способам виробництва (закон вартості, закон попиту та пропозиції);
- загальні економічні закони – діють при будь-якому способі виробництва, відображають спрямованість поступального розвитку суспільного виробництва і пов'язують економічну історію суспільства в єдине ціле. До цієї групи відносяться закон економії часу, закон неухильного росту продуктивності праці та інші.

Групи економічних законів подані на рисунку 1.6.



Рисунок 1.6 – Основні групи економічних законів,  
складено автором за [16]

Розглянемо сутність і зміст деяких загальних економічних законів. Закон вартості, як один з економічних законів, виражає необхідність виробництва й обміну товаром відповідно до його суспільної вартості. Суспільна вартість товару (продукції) повинна виражати суспільно нормальні умови виробництва, переважаючий рівень техніки і середню інтенсивність праці. Ця вартість у кожен конкретний момент визначається сумою витрат праці. Дія закону вартості проявляється в зміні цін з урахуванням зміни

вартості, у вартісній формі обліку витрат праці, плановому характері встановлення цін з урахуванням вартості, у впливі на пропорції виробництва і розвиток техніки.

Вартість товару повинна відображати зв'язок двох факторів – витрати суспільної праці на виготовлення цього товару та ступінь цінності його для споживача. А звідси, еквівалентність обміну, відповідно до закону вартості, припускає еквівалентність обох факторів. Закон вартості діє через відхилення цін від вартості і полягає в тому, що вартість має відповідати суспільно-необхідним витратам праці. Механізмом дії закону вартості є коливання цін.

Кількісне вираження закону вартості визначається формулою: «сума вартості товарів (послуг) не може бути менше суми цін товарів (послуг)». В охороні здоров'я закон вартості проявляється у вигляді встановлення цін на медичні послуги, залежності цих цін від витраченої праці і її технічної оснащеності. Закон попиту та пропозиції в цілому виражає взаємозалежність між кількістю товарів і послуг, які хоче купити або отримати споживач, і обсягом товарів і послуг, які пропонує виробник. Для розуміння дії закону попиту і пропозиції доцільно окремо розглянути сутність закону попиту і закону пропозиції.

Закон попиту – загальний економічний закон, згідно з яким величина (об'єм) попиту зменшується при зростанні ціни товару та при інших незмінних умовах. Це означає, що між величиною попиту і ціною існує обернено пропорційна залежність, тобто підвищення ціни викликає зниження величини попиту, а зниження ціни викликає підвищення величини попиту. Дія закону попиту пояснюється досить просто. Покупець завжди має певну обмежену суму коштів і при зростанні ціни товару або послуги він зможе купити (дозволити собі) меншу кількість даного товару, а при зменшенні ціни – більшу. І, хоча в реальному житті на вибір покупця впливатимуть ціни на інші подібні товари, загальна економічна ситуація, мода та інші фактори, в цілому закон попиту відображає загальну тенденцію до зниження обсягів продажів при підвищенні ціни та незмінних доходах споживачів.



Закон пропозиції відображає залежність між ціною на товар та бажанням і готовністю виробників його виготовляти та реалізувати. Так, закон попиту говорить, що при інших незмінних чинниках величина пропозиції збільшується у міру збільшення ціни на товар. Дія закону пояснюється тим, що при незмінних витратах на виробництво одиниці товару із збільшенням ціни зростатиме прибуток і виробникові (продавцеві) стає вигідним продати більше товару. І хоча в реальному житті факторів, що впливають на пропозицію значно більше, виражена законом пропозиції тенденція практично завжди має місце.

Під дією попиту і пропозиції на ринку встановлюється рівноважна ціна, при якій забезпечується максимально вигідний і для продавців і для споживачів обсяг продажів.

Рівновага і співвідношення між попитом і пропозицією – своєрідний індикатор збалансованого та пропорційного розвитку суспільного виробництва, обміну й розподілу продуктів праці у сфері матеріального та нематеріального виробництва, безперервності процесу суспільного відтворення матеріальних і духовних благ.

Прояв дії цього закону в системі охорони здоров'я може реалізовуватися у вигляді відповідності між попитом населення на медичні послуги і потенційними можливостями лікувально-профілактичних закладів; тоді в поліклініках не буде черг, не буде затримок у госпіталізації, не буде черг на проведення різних досліджень.

До числа факторів, що підвищують попит населення на медичні послуги відносять: розширення переліку медичних послуг, впровадження в роботу ЛПУ нових технологій та інші.

Серед факторів, що знижують попит населення на медичні послуги – низька якість медичної допомоги, насичення потреби населення в медичних послугах тощо.

Кількісне вираження закону попиту та пропозиції описується наступними формулами: якщо  $D > S$ , то  $p > Q$ ; якщо  $D < S$ , то  $p < Q$  (де  $D$

(demand) – попит, S (supply) – пропозиція, p (price) – ціна, Q (quantity) – вартість).

Закон конкуренції виражає внутрішньо необхідні, сталі, суттєві причинно-наслідкові взаємозв'язки між економічними суб'єктами у боротьбі за найвигідніші умови виробництва і реалізації товарів або послуг з метою одержання найбільшого прибутку. При цьому, конкурентна боротьба існує між:

- виробниками товарів або послуг;
- покупцями цих товарів чи послуг;
- покупцями і виробниками.

В галузі охорони здоров'я в ринкових умовах найбільш поширеним видом конкурентної боротьби є конкуренція, що відбувається між виробниками медичних послуг (ЛПУ: поліклініки, стаціонари й ін.). Тим самим, в умовах ринкових відносин кожне ЛПУ і лікарі, що займаються індивідуальною трудовою діяльністю, змушені прагнути до розширення кількості пацієнтів, яких вони обслуговують, що можливо лише при впровадженні більш ефективних технологій профілактики, діагностики і лікування, здатних при цьому забезпечити належний рівень якості послуг.

Закон економії часу полягає в тому, що необхідність збільшення вільного часу обумовлює економію зайнятого часу. Розвиток суспільного виробництва на визначеному етапі викликає об'єктивну необхідність збільшення вільного часу людей (працівників). Це пояснюється тим, що накопичення знань і набуття працівниками професійної майстерності відбувається не тільки в процесі праці, але і поза цим процесом (розширення кругозору, підвищення культурного рівня, отримання професійних знань і ін.). Оскільки фонд часу в цілому стабільний, то його не можна збільшити, але можна змінювати його структуру. Отже, виникають протиріччя між необхідністю збільшення вільного часу і зайнятим часом працівників. Засобом вирішення цих протиріч є формування оптимальної структури часу за рахунок економії зайнятого часу.

Формами прояву розглянутого закону є такі:

- скорочення робочого часу;
- скорочення зайнятого неробочого часу;
- зменшення тривалості робочого дня.

Кількісне вираження закону економії часу можна подати такою формулою:

$$H_{BЧ} = Ч_B / Ч_З, \quad (1.1)$$

де  $Ч_B$  – вільний час;

$Ч_З$  – зайнятий час;

$H_{BЧ}$  – норма вільного часу.

Цей закон повною мірою відноситься до системи охорони здоров'я, де економія зайнятого часу здійснюється за рахунок підвищення кваліфікації персоналу, впровадження у практику охорони здоров'я ефективних технологій профілактики, діагностики, лікування й ін. Узагальнимо описані вище закони у вигляді таблиці.

Таблиця 2.1 – Основні економічні закони та їх використання в галузі охорони здоров'я, складено автором

№	Назва закону	Суть економічного закону	Прояв у медичній галузі
1	Закон вартості	Виражає необхідність виробництва й обміну товаром відповідно до його суспільної вартості.	Проявляється у вигляді встановлення цін на медичні послуги, залежності цих цін від витраченої праці і її технічної оснащеності.
2	Закон попиту	Величина (об'єм) попиту зменшується при зростанні ціни товару та при інших незмінних умовах.	Попит населення на медичні послуги підвищують: розширення переліку медичних послуг, впровадження в роботу ЛПУ.

## Продовження таблиці 2.1

№	Назва закону	Суть економічного закону	Прояв у медичній галузі
			нових технологій та інші. Знижують попит населення на медичні послуги – низька якість медичної допомоги, насичення потреби населення в медичних послугах тощо
3	Закон пропозиції	Відображає залежність між ціною на товар та бажанням і готовністю виробників його виготовляти та реалізувати.	Відповідності між попитом населення на медичні послуги і потенційними можливостями лікувально-профілактичних закладів
4	Закон конкуренції	Виражає внутрішньо необхідні, сталі, суттєві причинно-наслідкові взаємозв'язки між економічними суб'єктами у боротьбі за найвигідніші умови виробництва і реалізації товарів або послуг з метою одержання найбільшого прибутку	Найбільш поширеним видом конкурентної боротьби є конкуренція, що відбувається між виробниками медичних послуг (ЛПУ: поліклініки, стаціонари й ін.). Розширення кількості пацієнтів можливе лише при впровадженні більш ефективних технологій профілактики, діагностики і лікування.
5	Закон економії часу	Необхідність збільшення вільного часу обумовлює економію зайнятого часу.	Економія зайнятого часу здійснюється за рахунок підвищення кваліфікації

Продовження таблиці 2.1

№	Назва закону	Суть економічного закону	Прояв у медичній галузі
			персоналу, впровадження у практику охорони здоров'я ефективних технологій профілактики, діагностики, лікування й ін.

Загалом, економічні закони не регламентовані нормативно-правовими актами і їх дотримання не контролюється і не регламентується державою, проте, оскільки економічні закони за принципом своєї дії є схожими до законів природи (вони лише виявлені та описані людьми, проте люди не можуть вплинути на їх дію, існування), знання цих законів та використання їх в практичній діяльності є об'єктивною вимогою для забезпечення економічної ефективності окремих підприємств і організацій та всієї галузі охорони здоров'я в сучасних умовах господарювання.

### 1.3. Основні показники аналізу економічної діяльності установ системи охорони здоров'я

Галузь охорони здоров'я все більш повно втягується в економічний оборот суспільства, чому сприяє активне функціонування медичних установ на ринкових засадах. Спостерігається все більша залежність охорони здоров'я від загального економічного зростання в країні: платоспроможність населення впливає на обсяги платних послуг галузі, а стабілізація в державному секторі дозволяє розраховувати на розвиток цільових програм, фінансованих державою. Наразі існує необхідність проведення аналізу

показників ефективності діяльності медичних установ для оцінки функціонування сфери охорони здоров'я в цілому.

Постійне зростання витрат на утримання галузі охорони здоров'я викликає необхідність оцінити ефективність її функціонування, тобто знайти шляхи досягнення максимального ефекту при мінімальних затрат ресурсів. Проблемою є узагальнення та уточнення визначення показників оцінювання діяльності сфери охорони здоров'я.

Охорона здоров'я посідає виняткове місце в соціально орієнтованій економіці, саме тут виробляються суспільно споживані блага – медичні послуги. Останнім часом все більше уваги приділяється ефективності охорони здоров'я. Ефективність охорони здоров'я, його служб і окремих заходів вимірюється сукупністю критеріїв та показників, кожний з яких характеризує деяку сторону процесу медичної діяльності. Визначення показників ефективності охорони здоров'я досить складна проблема, так як на різних рівнях надання медичних послуг можуть бути свої пріоритети [33].

Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідною складовою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів і структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення.

Економічна ефективність в охороні здоров'я розглядається в двох напрямках (рисунок 1.7): як ефективність використання різних видів ресурсів та з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому. Економічні аспекти охорони здоров'я не мають на меті зменшення видатків на охорону здоров'я, а пошук шляхів і методів їх раціонального використання.

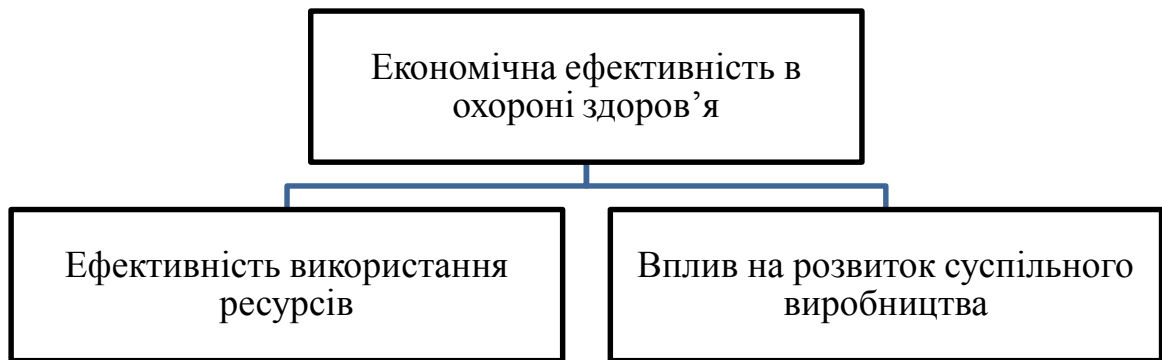


Рисунок 1.7 – Розуміння економічної ефективності в охороні здоров'я, складено автором за [34]

Для визначення економічної ефективності охорони здоров'я використовується економічний аналіз, який полягає в зіставленні витрат і отриманого ефекту. Економічний аналіз діяльності медичних установ проводиться за такими напрямками (рис. 1.8): використання основних фондів; ефективність використання ліжкового фонду; ефективність використання медичного обладнання; оцінка фінансових витрат; використання медичного та іншого персоналу.

Поряд з цим розраховуються також такі основні економічні показники:

- загальний економічний збиток у зв'язку із захворюваністю, інвалідністю і смертністю;
- відвернений економічний збиток;
- критерій економічної ефективності медичної допомоги [34].

Аналіз використання основних фондів лікувального закладу включає в себе розрахунок таких показників як: фондоозброєність праці персоналу; фондоозброєність медперсоналу; фондovіддача по стаціонару; фондovіддача по поліклініці; фондомісткість по стаціонару.

Ефективність використання ліжкового фонду стаціонару характеризується такими основними показниками як обіг лікарняного ліжка; функція лікарняного ліжка; його середньорічна зайнятість та середній час простою; виконання плану ліжко-днів; економічні втрати від недовиконання плану; середня тривалість перебування хворого в стаціонарі.



Рисунок 1.8 – Напрямки економічного аналізу діяльності медичних установ, складено автором за [34]

Аналіз ефективності використання медичного обладнання включає в себе розрахунок коефіцієнтів календарного обслуговування та змінюваності.

Аналіз фінансових витрат є одним з важливих розділів економічного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я. До таких показників належать: структура фінансових витрат по установі; вартість лікування в стаціонарі; вартість медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Для аналізу ефективності використання медичних кадрів лікувально-профілактичного закладу розраховуються наступні показники: кількість медичних працівників поліклініки та стаціонару відповідно на 1000 жителів; показник співвідношення чисельності лікарів і середніх медпрацівників та ін. Підвищення уваги до раціонального використання медичних кадрів дозволяє забезпечити відносне скорочення витрат на охорону здоров'я.

Узагальнення показників подано на рисунку 1.9.



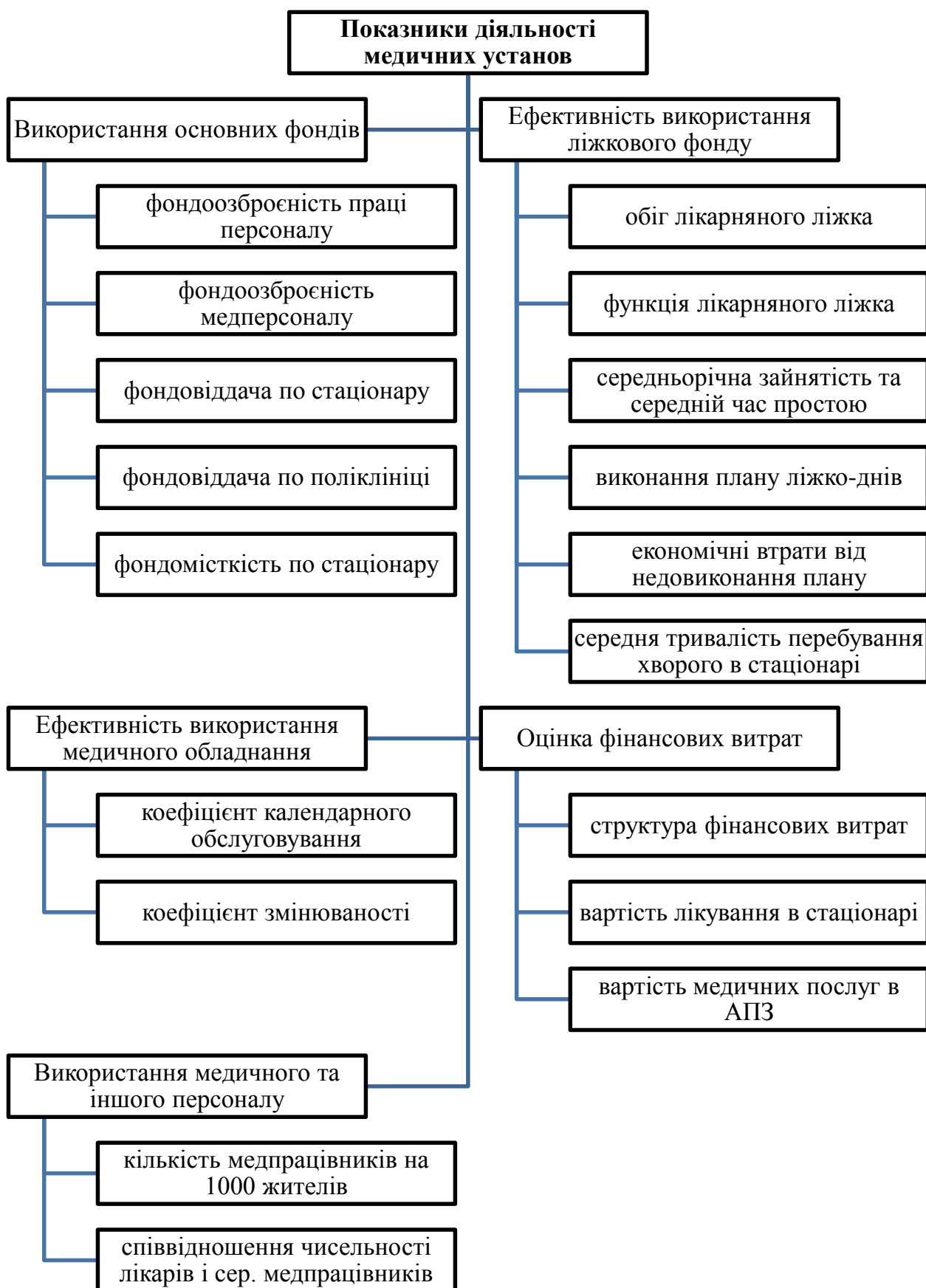


Рисунок 1.9 – Показники економічного ефективности діяльності медичних установ, складено автором за [34]

Загальний економічний збиток у зв'язку із захворюваністю, інвалідністю і смертністю складається з вартості нествореної продукції, що обумовлено зменшенням кількості працюючих з урахуванням середнього розміру національного доходу, виробленого одним працюючим за робочий день; виплат допомоги з непрацездатності за рахунок коштів соціального страхування і соціального захисту; коштів, витрачених на медичну допомогу.

Відвернений економічний збиток складається зі зниження випадків і тривалості непрацездатності, а також зменшення витрат на медичну допомогу. Його розмір визначається як різниця між економічним збитком першого та кожного наступного року.

Не менш важливим є критерій економічної ефективності, який визначається як співвідношення розміру відверненого економічного збитку до об'єму витрачених коштів. Оцінка діяльності закладів охорони здоров'я може бути проведена на підставі державних форм статистичної звітності. На підставі абсолютних цифр, представлених в статистичних таблицях звіту, обчислюються показники і коефіцієнти, за допомогою яких аналізується діяльність установи.

Показники економічного аналізу діяльності лікувального закладу доцільно порівнювати в динаміці за кілька років, а також з показниками однотипних установ.

## Висновки до розділу 1

1. Визначено, що до головних джерел фінансування системи охорони здоров'я відносяться: кошти державного бюджету; кошти місцевих бюджетів; добровільне медичне страхування; фінанси громадських та благодійних організацій; офіційні платежі населення ( приватна медична

практика); неофіційна оплата послуг. З'ясовано, що, крім державно-бюджетної моделі охорони здоров'я, існують також приватна та соціально-страхова. Визначені їх характерні особливості та недоліки. Зокрема перевагами страхової системи є: демократична децентралізована система управління децентралізація; м'яка конкуренція на ринку; виражений зв'язок між доходами та послугами; ефективний механізм контролю якості; опосередкований механізм оплати МП; достатній рівень гарантій; багатоукладна власність медичної інфраструктури. Особливості приватної системи такі: демократичність, максимальна децентралізація; багатоканальний механізм фінансування; висока якість медичних послуг; високий рівень задоволення попиту населення; високий рівень комфортності; висока сприйнятливість нових видів медичних послуг; висока адаптивність системи.

2. Встановлено, що для вивчення економіки охорони здоров'я використовують різні групи методів, а саме – загальнонаукові (аналіз і синтез, індукція та дедукція, абстрагування та експеримент) та спеціальні економічні методи (балансовий метод, економіко-математичне моделювання та прогнозування, а також статистичний метод). Також встановлено основні економічні закони. Серед основних розглянутих законів виділені такі: закон вартості, закон попиту, закон пропозиції, закон конкуренції, закон економії часу, а також з'ясовано їх зміст для лікувальних закладів.

3. З'ясовані основні показники економічного аналізу лікувального закладу, а саме: використання основних фондів належать (фондоозброєність праці персоналу; фондоозброєність медперсоналу; фондівіддача по стаціонару; фондівіддача по поліклініці; фондомісткість по стаціонару); ефективність використання ліжкового фонду належать (обіг лікарняного ліжка; функція лікарняного ліжка; середньорічна зайнятість та середній час простою; виконання плану ліжко-днів; економічні втрати від недовиконання плану; середня тривалість перебування хворого в стаціонарі); ефективність використання медичного обладнання (коефіцієнт календарного

обслуговування та коефіцієнт змінюваності); оцінка фінансових витрат (структура фінансових витрат; вартість лікування в стаціонарі; вартість медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних закладах); використання медичного та іншого персоналу (кількість медпрацівників на 1000 жителів; співвідношення чисельності лікарів і середніх медпрацівників).

## РОЗДІЛ 2

### ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ "МИРГОРОД" МВС УКРАЇНИ

#### 2.1 Загальна характеристика діяльності медичного реабілітаційного центру "Миргород" МВС України

Медичний реабілітаційний центр (МРЦ) МВС України «Миргород» за організаційно-правовою формою є державною організацією. Юридична адреса: 37600, Полтавська обл., місто Миргород, вулиця Українська, будинок 60.

Основним видом діяльності є 86.10 Діяльність лікарняних закладів. До інших видів діяльності закладу належать: 31.09 Виробництво інших меблів; 23.69 Виробництво інших виробів із бетону гіпсу та цементу; 77.21 Прокат товарів для спорту та відпочинку; 79.90 Надання інших послуг бронювання та пов'язана з цим діяльність; 86.21 Загальна медична практика; 86.23 Стоматологічна практика; 93.29 Організування інших видів відпочинку та розваг; 96.02 Надання послуг перукарнями та салонами краси; 96.09 Надання інших індивідуальних послуг; 47.99 Інші види роздрібної торгівлі поза магазинами; 49.39 Інший пасажирський наземний транспорт; 55.10 Діяльність готелів і подібних засобів тимчасового розміщування; 56.10 Діяльність ресторанів, надання послуг мобільного харчування; 56.30 Обслуговування напоями; 59.14 Демонстрація кінофільмів; 61.90 Інша діяльність у сфері електрозв'язку; 68.20 Надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна. Цей перелік свідчить про значні економічні можливості закладу для розвитку.

Медичний реабілітаційний центр «Миргород» МВС України розташований у північній частині міста Миргород полтавської області на

острові, який займає площу 46 гектарів землі та береги якого омиває з усіх сторін річка Хорол. Територія МРЦ займає площу 14 гектарів. Всі кліматичні та природні фактори (лікувальна вода, м'який клімат) сприяють лікуванню, реабілітації та відпочинку.

Оздоровниця є структурним підрозділом МВС України, який призначений для надання лікування та реабілітації, відпочинку співробітникам органів внутрішніх справ, військовослужбовцям військ внутрішньої та конвойної охорони МВС України, членам їх сімей, пенсіонерам органів внутрішніх справ, учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, учасникам бойових дій, інвалідів усіх категорій та будь-яких інших громадян з захворюваннями органів травлення.

МРЦ розпочав роботу 25 грудня 1981 року як санаторій «Миргород» МВС УРСР. З початку 2001 року санаторій був реорганізований в МРЦ «Миргород» МВС України. Центр є самостійним лікувально-профілактичним закладом цілорічного функціонування.

У лікуванні хворих переважно застосовуються природні лікувальні фактори, в першу чергу лікувально-мінеральна вода "Миргородська" для внутрішнього і зовнішнього застосування, дієтичне лікувальне харчування у відповідності з діючими сучасними науково-обґрунтованими фізіологічними нормами, кліматотерапія, лікувальна фізкультура, психотерапія, медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування. В МРЦ функціонує 28 лікувально-діагностичних кабінетів, застосовується 52 лікувально-діагностичні методики. Організація лікування осіб, які знаходяться на оздоровленні та реабілітації проводиться переважно природними лікувальними факторами.

Поряд із природними лікувальними факторами наш центр має у своєму розпорядженні необхідні лікувально-діагностичні кабінети, бювет мінеральної води, яка видобувається з власної свердловини глибиною 711 м. Перевагою МРЦ «Миргород» є те, що він єдиний з усіх інших санаторіїв міста Миргорода розташований подалі від міського автотранспорту та

промисловості.

Першочерговою метою колективу МРЦ є надання особам, які прибули до оздоровниці, найбільш ефективних послуг для укріплення та відновлення здоров'я. Центр забезпечує відповідні діагностичні обстеження, проводить лікування та реабілітацію, застосовуючи максимальний діапазон наукових, технічних і практичних досягнень у розвитку курортології. Всі діагностичні обстеження та лікувальні процедури постійно поновлюються завдяки впровадженню та освоєнню нових методик.

У лікувальний комплекс входить (рис. 2.1) : санаторно-курортний режим; внутрішнє та зовнішнє застосування мінеральної води; лікувальне харчування; фізіотерапевтичне лікування; психотерапія; лікувальна фізкультура; кліматотерапія; медикаментозне лікування.

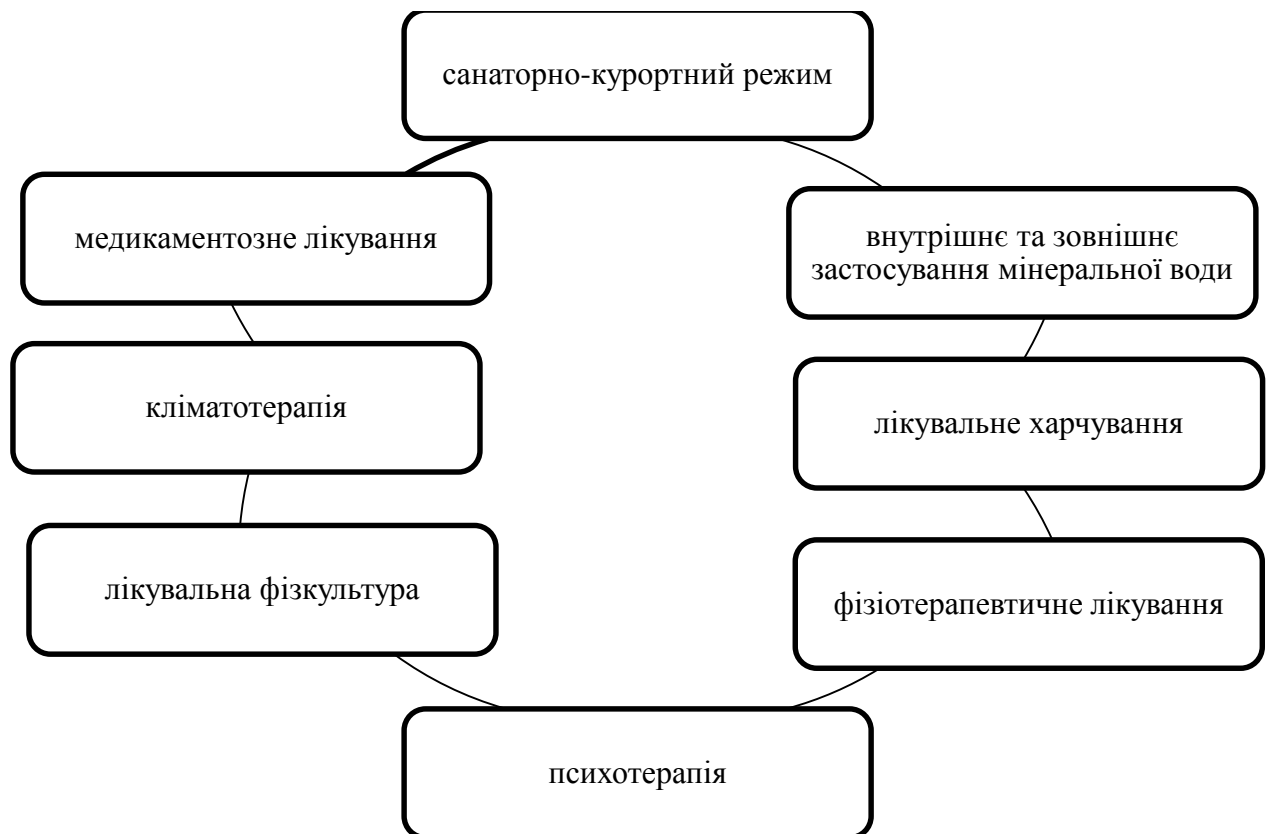


Рисунок 2.1 – Складові лікувального комплексу МРЦ «Миргород»,  
складено автором за матеріалами суб'єкта дослідження

Медичний та обслуговуючий персонал закладу – це стабільний,

високопрофесійний колектив, який має свої традиції, високу культуру обслуговування. Керівництво спрямовує свої сили і уміння на вдосконалення матеріальної бази, покращення медичного та побутового обслуговування осіб, які прибули на відпочинок та лікування.

Розглянемо головні завдання роботи закладу (рис. 2.2).

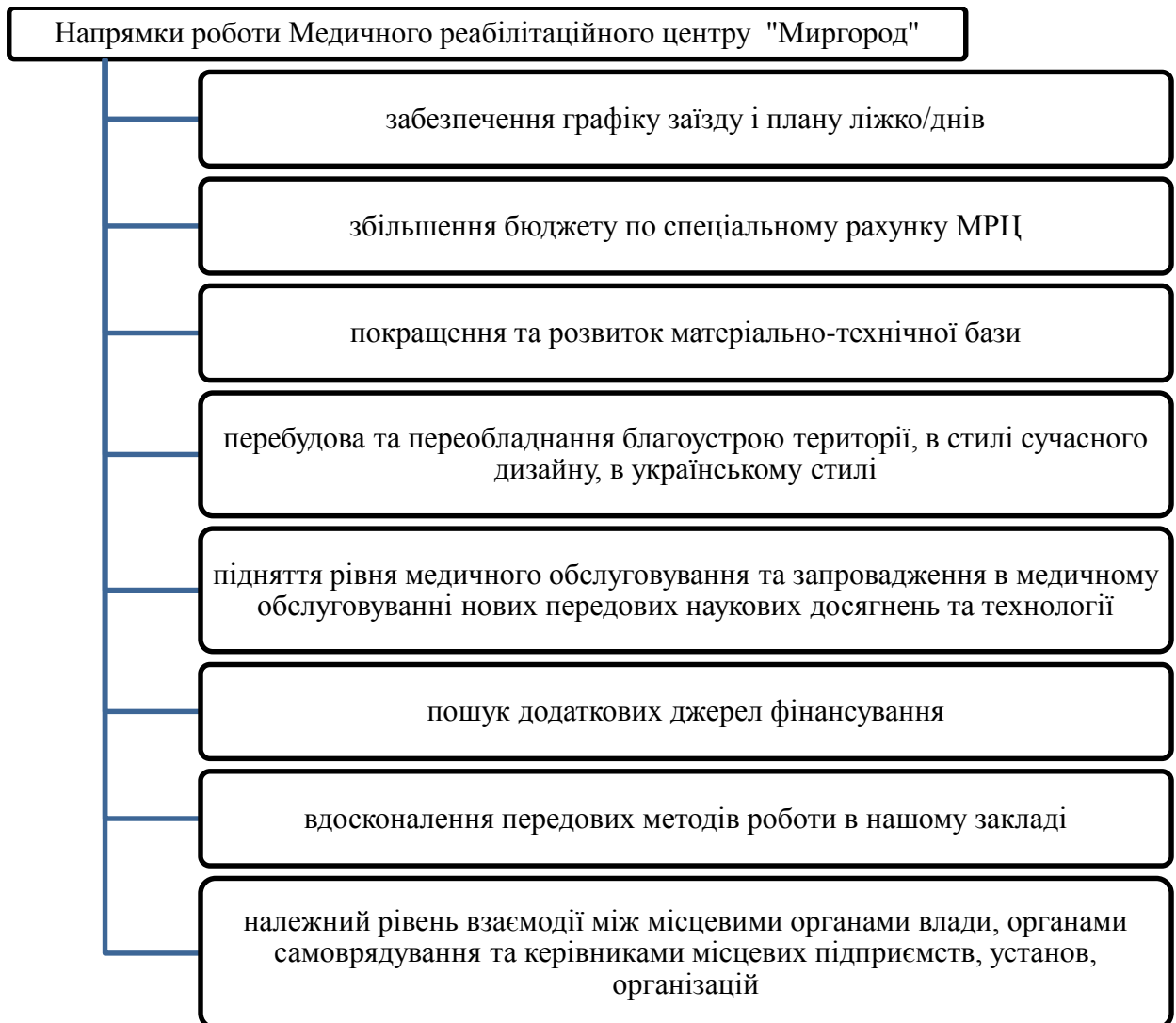


Рисунок 2.2 – Головні напрямки роботи Медичного реабілітаційного центру «Миргород», складено автором за матеріалами суб'єкту дослідження

Головними задачами і напрямками роботи колективу Медичного реабілітаційного центру «Миргород» є:

- забезпечення графіку заїзду і плану ліжко/днів;



- збільшення бюджету по спеціальному рахунку МРЦ;
- покращення та розвиток матеріально-технічної бази;
- перебудова та переобладнання благоустрою території, в стилі сучасного дизайну, в українському стилі;
- підняття рівня медичного обслуговування та запровадження в медичному обслуговуванні нових передових наукових досягнень та технологій;
- пошук додаткових джерел фінансування;
- вдосконалення передових методів роботи в нашому закладі;
- належний рівень взаємодії між місцевими органами влади, органами самоврядування та керівниками місцевих підприємств, установ, організацій.

Головним лікувальним фактором МРЦ «Миргород» є унікальна хлоридно-натрієва мінеральна вода, яка містить катіони натрію, кальцію, магнію, заліза, міді, кобальту, аніони хлору, сульфати, гідрокарбонати бромю, йоду, фтору. Подібна вода є лише на відомих всесвітніх курортах Баден-Баден, Аахен. Мінеральна вода з свердловини подається в бювет, який розташований на 1-му поверсі головної будівлі МРЦ. Режим прийому мінеральної води для хворих встановлюється лікуючим лікарем із врахуванням стану здоров'я.

Отже, медичний реабілітаційний центр «Миргород» має усі необхідні ресурси для ефективного функціонування та досягнення описаних вище завдань. Це пов'язано як з природними факторами, так і з економічними.

Розташування та природні ресурси надають закладу конкурентну перевагу, проте важливим питанням є послуги, які надає заклад. Кожен заклад охорони здоров'я має свою специфіку, свій контингент пацієнтів (відпочиваючих). Дослідимо ці питання далі, проаналізувавши цільову аудиторію та послуги, з'ясувавши особливості фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород».

## 2.2 Аналіз послуг та фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород»

У Медичному реабілітаційному центрі «Миргород» лікують: хронічні гастрити з секреторною недостатністю, а також зі збереженою секрецією з порушенням моторно-евакуаторної функції шлунку поза фазою загострення; функціональні захворювання шлунку з порушенням секреторної і моторно-евакуаторної функції без явищ вираженого гастриту; хронічні коліти, ентероколіти різної етіології (крім стенозуючих, туберкульозних, виразкових, бацилярних і амебних форм) поза фазою загострення; рефлюкс-езофагіт легкої і середньої важкості поза фазою загострення; функціональні захворювання кишечника з порушенням моторно-евакуаторної функції; перигастрити, перидуоденіти, перигепатити, периколіти, що розвиваються на ґрунті хронічних запалень, не туберкульозного походження; особи після операцій і травм черевної порожнини за виключенням форм ускладнених гнійними процесами і форм у фазі негаснучого загострення; хронічні хвороби печінки і жовчних шляхів різної етіології; гепатити, холецистити, ангіохоліти, при відсутності схильності до частих загострень без явищ жовтухи і при нормальній шое і лейкоцитозі; стани після резекції шлунку і дренуючих операцій при зміцнілому операційному рубцю без післяопераційних ускладнень і задовільному загальному стані, але не раніше 2-х місяців після операції; дискинезії жовчних шляхів і жовчного міхура; цукровий діабет легкого ступеня; реконвалесценти після вірусного гепатиту.

Проте є низка протипоказань, з якими можна ознайомитись на сайті закладу.

За путівками Медичний реабілітаційний центр «Миргород» надає низку послуг, що входять до її вартості, проте відвідувачі можуть скористатися додатковими платними послугами курорту. Розглянемо ці групи послуг. До переліку медичних послуг, які входять у вартість путівки в

МРЦ МВС України «Миргород» входять:

1. Первинний та наступні огляди лікарем.
2. Внутрішнє вживання мінеральної води.
3. Дієтотерапія: 10 лікувальних дієт по Певзнеру.
4. Лікувальна фізкультура.
5. Застосування парафіноозокерітолікування при захворюваннях органів травлення та цукровому діабеті.
6. Мінерально-перлинні, хвойні ванни.
7. Висхідний душ.
8. Лікувальний масаж.
9. Промивання кишечника.
10. Лікувальні мікроклізми.
11. Лікувальні інгаляції (аерозольотерапія).
12. Лікувальні чаї.
13. Психотерапія (сеанс лікувального сну).
14. Фізіотерапевтичні процедури: гальванізація; електрофорез; електросон; діадинамотерапія; ампліпульстерапія; д'арсонвалізація; УВЧ-терапія; НВЧ-терапія; магнітотерапія; КВЧ-терапія; магніто-інфрачервонолазерна терапія; світлолікування (соллюкс, УФО); ультразвукова терапія.
15. Медикаментозне лікування, надання невідкладної медичної допомоги.
16. Стоматологічні послуги: перша допомога у фазі загострення; первинний огляд хворого; консультація хворого.
17. Діагностика: лабораторні обстеження – загально-клінічні, біохімічні (за виключенням досліджень, що не відповідають профілю МРЦ), цукор крові; інтрагастральна РН-метрія; езофагофіброгастроскопія; ультразвукові дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки; ректороманоскопія; електрокардіограма; дуоденальне зондування.

До переліку платних послуг, що не входять до обов'язкового курсу

лікування МРЦ МВС України «Миргород» належать (рисунок 2.3): процедури; ультразвукові дослідження; лабораторні дослідження; функціональні дослідження; стоматологічні послуги; сервісні послуги.

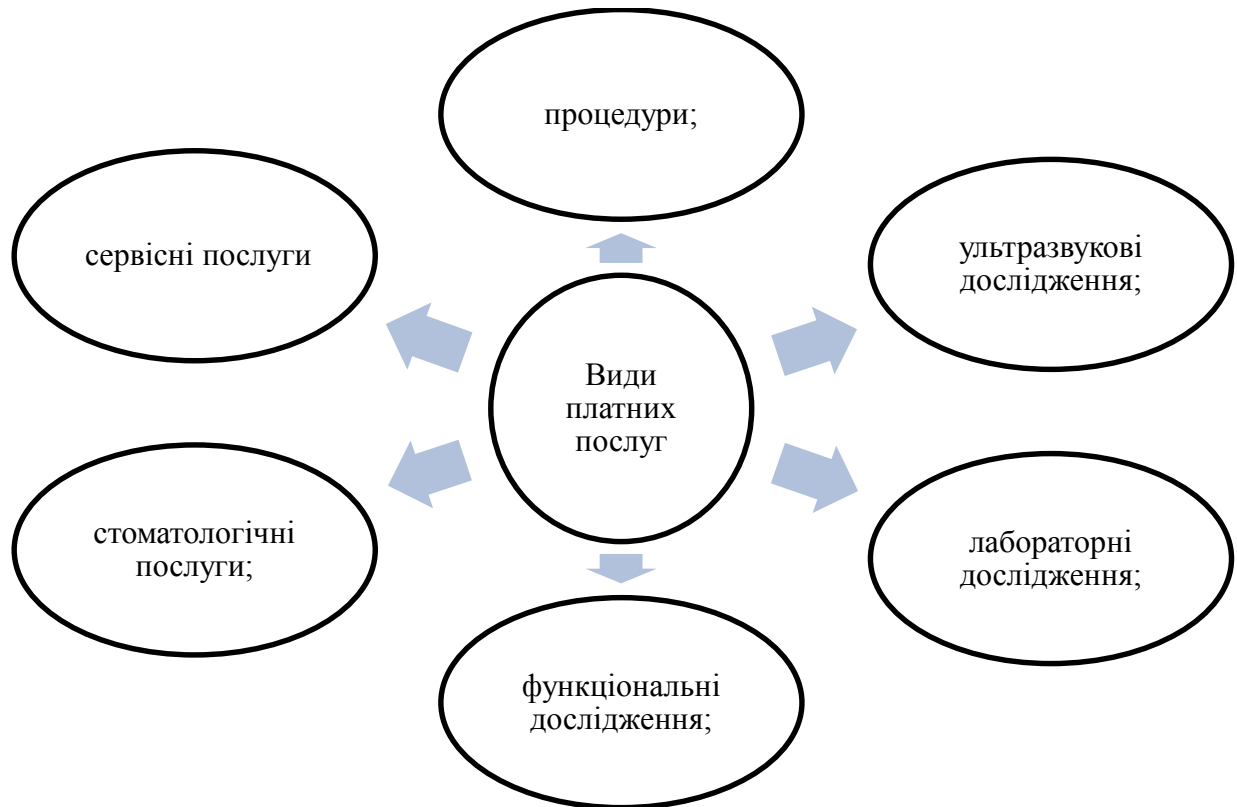


Рисунок 2.3 – Види платних послуг, що надає Медичний реабілітаційний центр «Миргород», складено автором за матеріалами суб'єкту дослідження

Сервісні послуги, які надаються за додаткову плату такі: автостоянка; більярд; теніс; кіно, 3D-кінотеатр; прокат човнів, катамаранів; прокат вудок; прокат надувних матраців; прокат лиж; телефони МТС; кафе «Хуторок»; послуги таксі.

Вартість путівок та платних послуг подана на сайті МРЦ «Миргород» у відповідному розділі (додаток 1). Гнучка система допомагає залучити якомога більше клієнтів, надаючи їм саме ті умови, які їх влаштовують.

Фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород» має дві складові: бюджетне фінансування та спец фонд.

Бюджетне фінансування: здійснюється Департаментом фінансово

облікової політики МВС України на підставі затвердженого бюджетного кошторису. Департамент охорони здоров'я та реабілітації МВС України здійснює виділення і розподіл пільгових путівок для співробітників і пенсіонерів МВС України та членів їх сімей по службам медичного забезпечення при обласних ТМО МВС України.

Спец фонд: фінансування здійснюється за рахунок коштів спеціального фонду Центра на підставі затвердженого річного кошторису.

Порядок реалізації путівок:

- продаж путівок на місці громадянам України, країн СНД та громадянам країн дальнього зарубіжжя;
- продаж путівок по перерахуванню соціальних служб для сімей, дітей та молоді;
- продаж путівок через мережу туристичних фірм та агентств.

### 2.3 Аналіз фінансово-господарської діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”

Одним із ключових показників для оцінки діяльності медичного реабілітаційного центру «Миргород» є виконання плану ліжко-днів у МРЦ та пансіонаті. За даними суб'єкту дослідження маємо дані, подані у таблицях 2.1 та 2.2. У таблицях наведені дані щодо кількості ліжок по штату, кількості ліжко-днів по графіку, невикористані ліжко-дні та ліжко-дні до обліку.

За наведеними даними можна прослідкувати загальну динаміку планової кількості ліжко-днів та фактичне виконання, з'ясувати кількість невикористаних ліжко-днів по роках, прослідкувати тенденції. Ця інформація необхідна для ефективного планування роботи закладу.

Таблиця 2.1 – Виконання плану ліжко-днів медичним реабілітаційним центром МВС України „Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Показники	МРЦ		МРЦ		МРЦ		МРЦ	
	2016 р.		2017 р.		2018 р.		2019	
	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт
Кількість ліжок по штату	100	100	100	100	100	100	100	100
Кількість ліжко-днів по графіку	33996	31274	33996	31274	36500	32884	34020	36113
Невикористані ліжко-дні	1019	612	1019	612	1095	763	-	487
Ліжко-дні до обліку	32977	30662	32977	30662	35405	32121	34020	35626

Таблиця 2.2 – Виконання плану ліжко-днів пансіонатом медичного реабілітаційного центру МВС України „Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Показники	Пансіонат		Пансіонат		Пансіонат		Пансіонат	
	2016 р.		2017 р.		2018 р.		2019	
	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт
Кількість ліжок по штату	60	60	60	60	100	100	60	60
Кількість ліжко-днів по графіку	20412	11078	20412	11078	36500	32884	20412	9082
Невикористані ліжко-дні	613	-	613	-	1095	763	-	-
Ліжко-дні до обліку	19799	11078	19799	11078	35405	32121	20412	9082

Проаналізуємо наведені дані. На рисунках 2.4 та 2.5 подано кількість ліжко-днів по графіку за планом та фактично для МРЦ та пансіонату відповідно.



Рисунок 2.4 – Кількість ліжко-днів по графіку Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження



Рисунок 2.5 – Кількість ліжко-днів по графіку пансіонату Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

З діаграм очевидна тенденція невиконання плану ліжко-днів, оскільки факт перевищив план лише для МРЦ у 2019 році, що видно з наведеної нижче діаграми (рисунок 2.6), проте відсоток виконання досить високий.

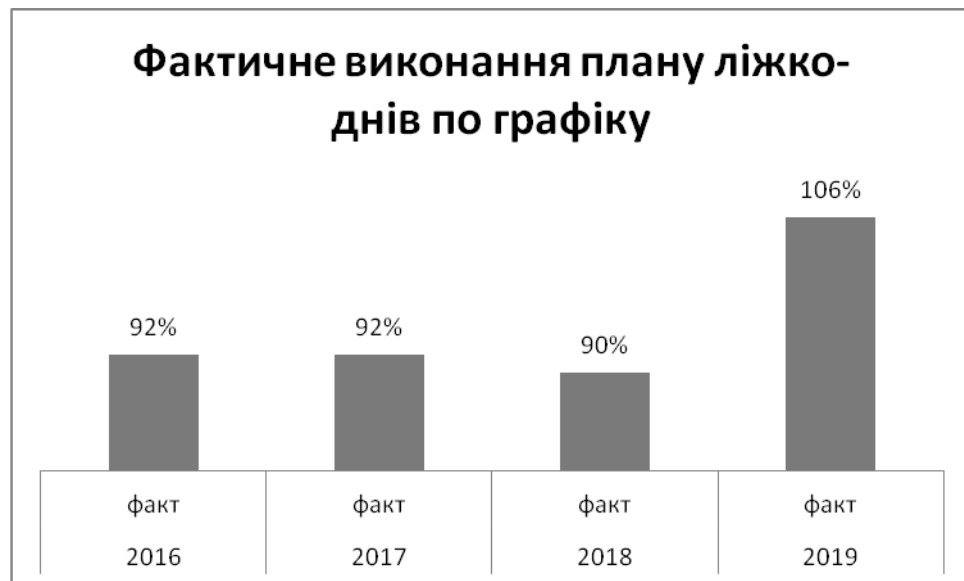


Рисунок 2.6 – Відсоток виконання плану ліжко-днів по графіку МРЦ «Миргород», складено автором за матеріалами суб'єкту дослідження

На рисунках 2.7, 2.8 подані діаграми плану та факту невикористаних ліжко-днів.



Рисунок 2.7 – Невикористані ліжко-дні Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб'єкту дослідження



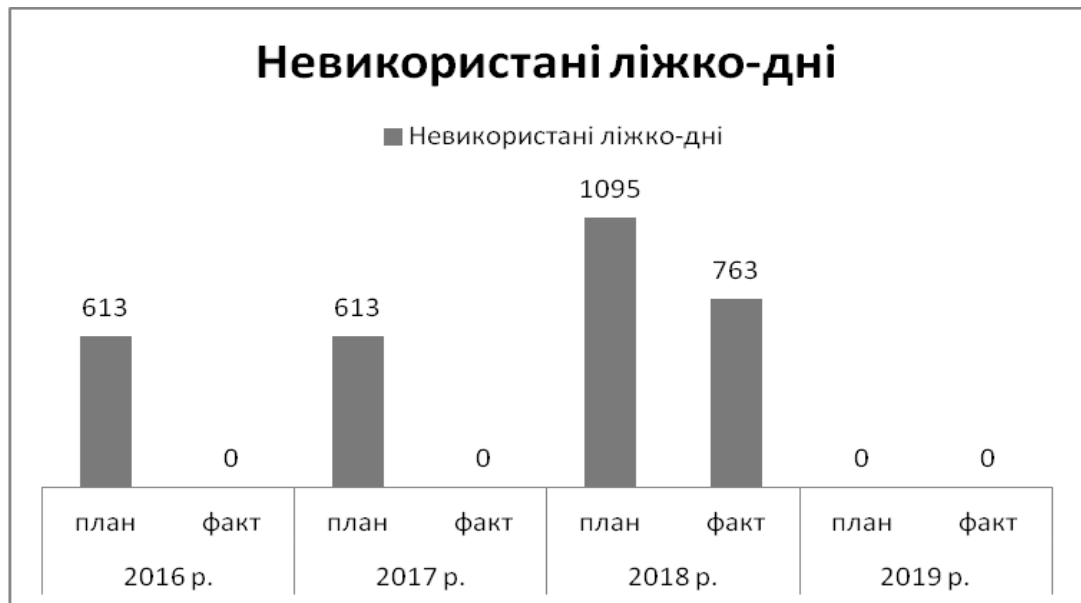


Рисунок 2.8 – Невикористані ліжко-дні пансіонату Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

З діаграм очевидно, що фактичне невикористання ліжко-днів значно менше прогнозованого, що є позитивною тенденцією для МРЦ «Миргород».

На рисунках 2.9, 2.10 подані ліжко-дні до обліку Медичного реабілітаційного центру та пансіонату відповідно.

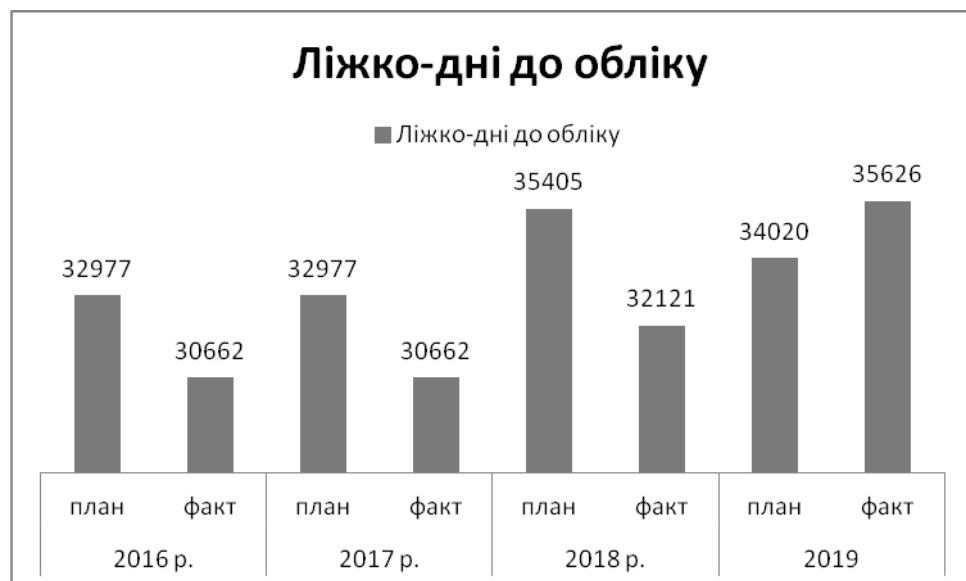


Рисунок 2.9 – Ліжко-дні до обліку Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

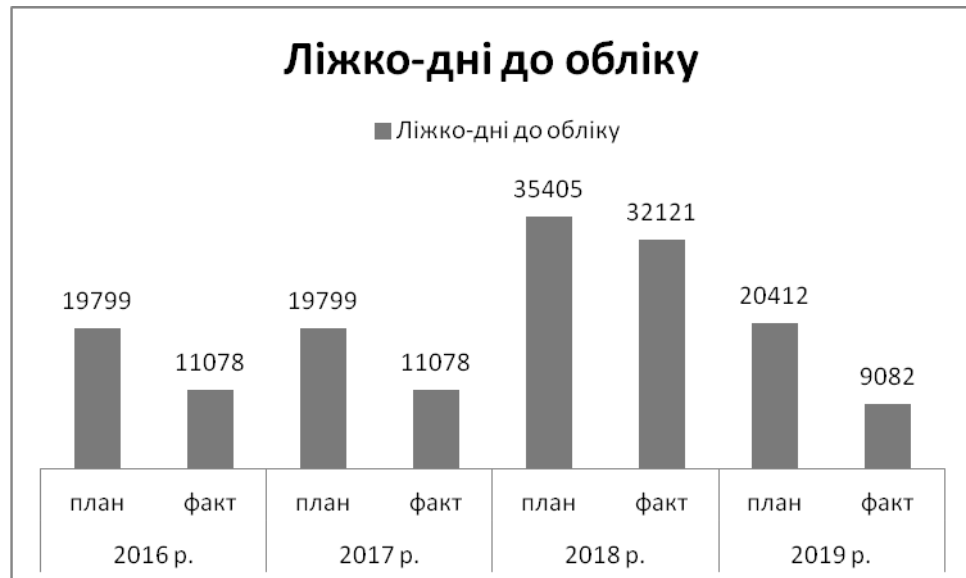


Рисунок 2.10 – Ліжко-дні до обліку пансіонату Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Проаналізуємо джерела наповненості медичного реабілітаційного центру та пансіонату. Поступають хворі (відпочиваючі) заа плановими путівками; за направленнями; по однономерних путівках; за додатковими путівками; за путівками, що продані на місці; за путівками за обміном. З аданими суб’єкту дослідження складено відповідну таблицю.

Таблиця 2.3 – Аналіз путівок, за якими поступають хворі (відпочиваючі) Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Найменування показника	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Річний план заїзду хворих (відпочиваючих)	1716	1630	1630	1739	1620
Поступило хворих (відпочиваючих) за рік	1820	1716	1691	1876	2045
з них: за плановими путівками	1612	1503	1536	1660	1889

Продовження таблиці 2.3

Найменування показника	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.
за направленнями	0	0	2	26	31
по однономерних путівках	0	0	0	0	0
за додатковими путівками	208	208	155	216	125
за путівками, що продані на місці	0	0	0	0	0
путівками за обміном	0	0	0	0	0
% виконання плану заїзду	106,1	105,3	103,7	107,8	126,2

На діаграмі (рисунок 2.11) відображено фактичне виконання плану заїзду відпочиваючих, що свідчить про позитивну тенденцію роботи закладу. На рисунку 2.12 наведено відсотки виконання плану. На рисунку 2.13 подано співвідношення видів путівок за середніми показниками 2015-2019 років.



Рисунок 2.11 – Виконання плану заїзду хворих Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

З рисунку 2.11 бачимо, що план заїзду дещо коливається з року в рік, але фактичні показники показують позитивний ріст за останні три роки, що може бути пов'язано із виділенням бюджетних коштів на реабілітацію військових.

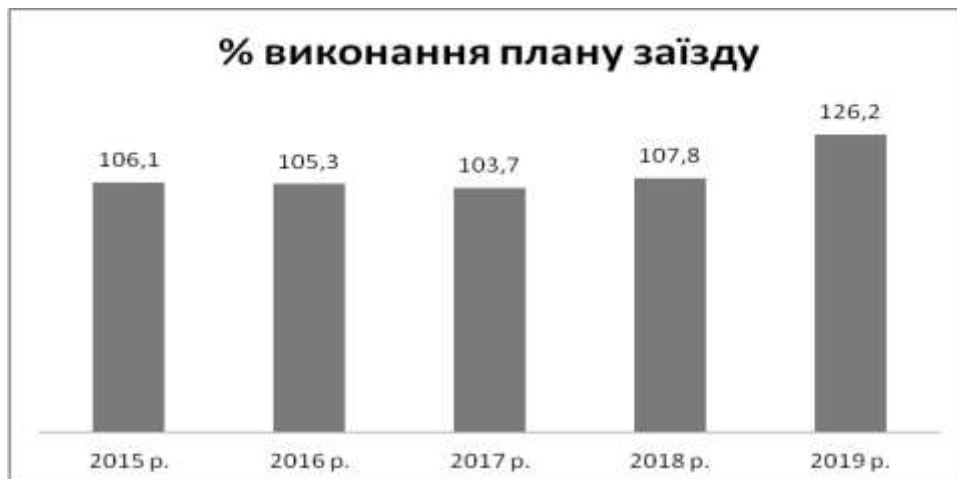


Рисунок 2.12 – Відсоток виконання плану заїзду хворих Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

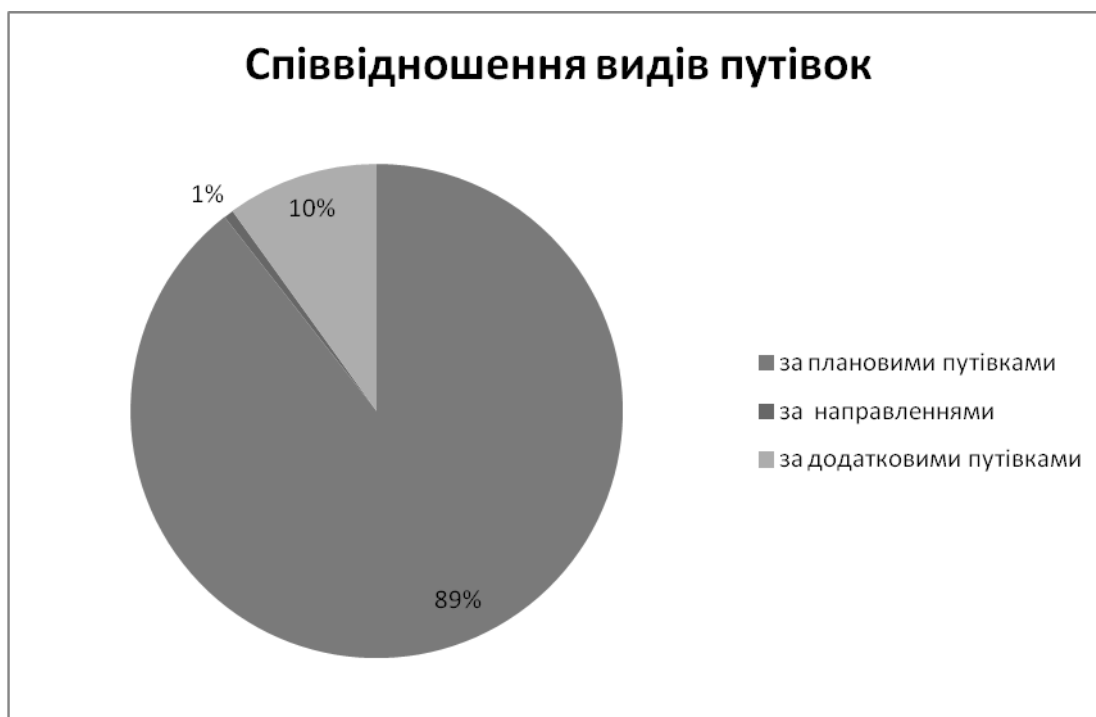


Рисунок 2.13 – Співвідношення видів путівок Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

За даними лікувального закладу побудовано діаграму географічного розподілу відпочиваючих (рисунок 2.14), яка свідчить про те, що найбільший відсоток припадає на місто Київ (15%), Харківську (13%), Дніпропетровську (11%) та Полтавську (9%) області. Отже, саме у цих регіонах слід шукати свою цільову аудиторію при розповсюдженні путівок.

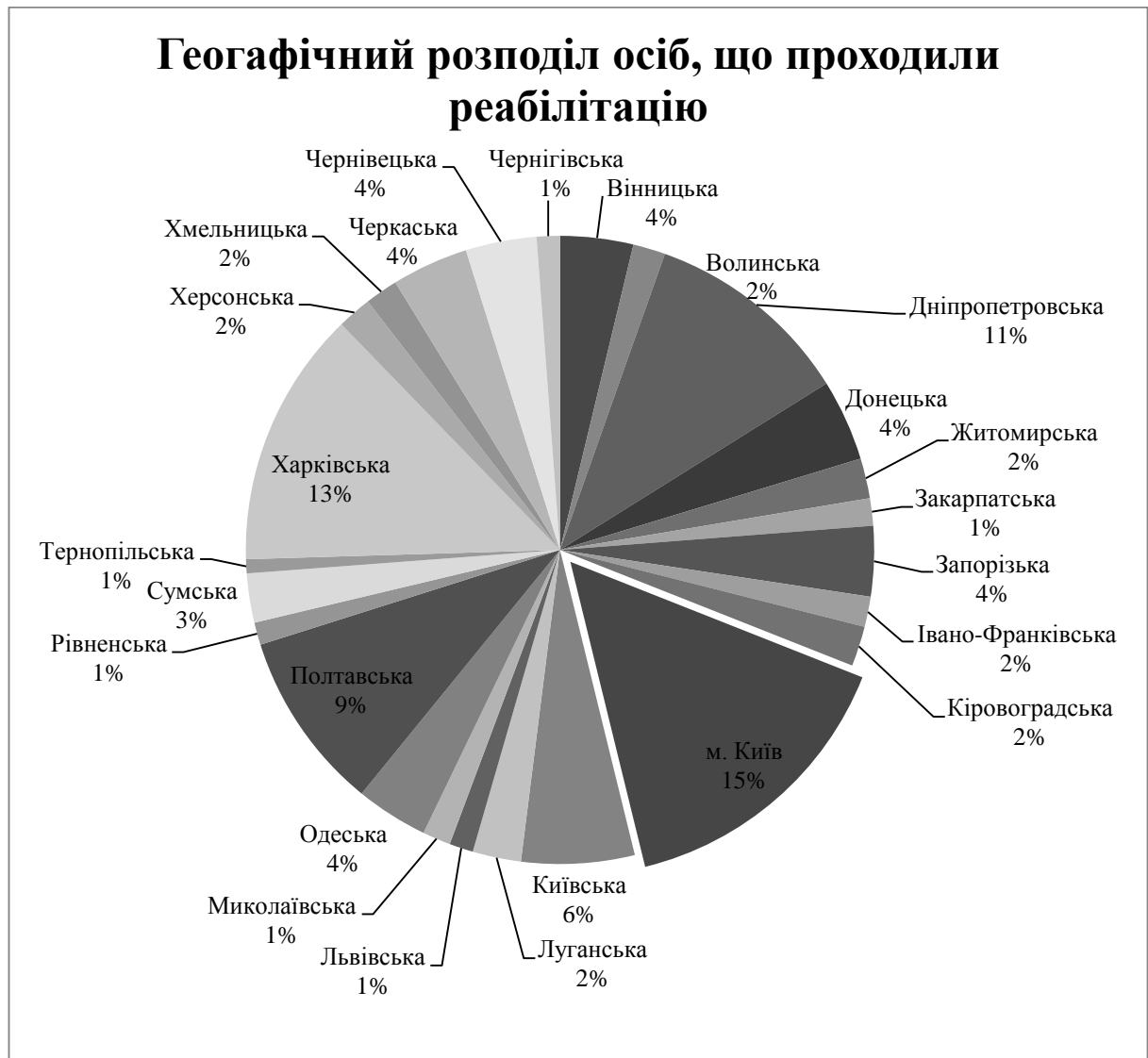


Рисунок 2.14 – Географічний розподілу відпочиваючих, складено автором за матеріалами суб'єкту дослідження

У таблиці 2.4 наведені показники фінансово-господарської діяльності МРІЦ «Миргород» за 2017-2019 роки.

Таблиця 2.4 – Фінансово-господарська діяльність Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Найменування		Показники				
		2015р.	2016р.	2017р.	2018р.	2019р.
Виконання кошторису (тис.грн.)	план	17916	24312	30316,3	31909,1	36376,5
	факт	18024,6	24420,8	29274,1	31597,8	35018
Загальний фонд (тис.грн)	план	9776,6	15452	18773,3	21791,9	23595,8
	факт	9776,6	15452	18773,3	21791,9	23595,8
Спеціальний фонд (тис. грн)	план	8139,4	8860	11543	10117,2	12780,7
	факт	8248	8968,8	10500,8	9805,9	11422,2
Поточний ремонт (тис.грн)	план	213,1	131,8	236	164,6	185
	факт	213,1	131,8	235,4	164,6	185
Капремонт (тис.грн)	план	-	650	491,3	-	-
	факт	-	650	491,3	-	-
Придбання обладнання та інвентаря (тис.грн)	план	109,6	335	1245,9	832,9	850
	факт	109,6	335	1245,9	832,9	850
Витрати на лікування на 1 л/день (грн)	план	4,19	12,6	9,5	10,51	12,1
	факт	7,13	11,64	7,22	7,53	11,44
Витрати на харчування на 1л/день (грн)	план	15,3	56,76	61,48	68,76	76,69
	факт	49,07	54,8	62,68	64,38	77,55
Вартість 1 л/дня (грн)	план	324	400	400	540	589
	факт	441,09	547,3	692	675,24	717

Продовження таблиці 2.4.

Найменування		Показники				
		2015р.	2016р.	2017р.	2018р.	2019р.
Раптові перевірки (кількість)	план	38	19	10	-	10
	факт	38	19	10	-	10
Виділено асигнувань на будівництво	план	-	650	491,3	-	-
	факт	-	650	491,3	-	-

На рисунку 2.15 наведено діаграма виконання кошторису за 2015-2019 роки.



Рисунок 2.15 – Виконання кошторису Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Відсотки виконання кошторису за 2015-2019 роки наочно показано на рисунку 2.16.



Рисунок 2.16 – Відсоток виконання кошторису Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород”, складено автором за матеріалами суб’єкту дослідження

Лікувально-діагностична база Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород” оснащена сучасним обладнанням та апаратурою, що дозволяє в повному обсязі проводити лікування та обстеження хворих із різноманітною патологією.

Розглянемо фінансово-економічні показники по роках детальніше.

У 2016 році ефективність лікування склала 99,88%, („з поліпшенням” виписано 2637 чол., „без змін” виписано 3 чол., „з погіршенням” виписано 0 чол.). Медичний персонал своєчасно проходить атестацію та має відповідні категорії. За рахунок покращення лікувально-діагностичної та матеріально-технічної бази розширено спектр платних послуг та введено нові лікувально-діагностичні методики.

У порівнянні з минулим роком надходження спеціального фонду збільшились на 2280,0 тис. грн. ( що в цифровому відображенні становить: в 2015р.- 6738,5 тис. грн., в 2016р. –9018,5тис. грн., ( медичні послуги на суму –570,8тис.грн., що на 35,4тис. грн. більше ніж в 2015р.).

За рахунок щорічних надходжень коштів на рахунок спеціального фонду проводяться поточні ремонти лікувально-діагностичних кабінетів та ліжкового фонду, що дозволяє підвищувати конкурентноздатність МРЦ в регіоні. Сума планових надходжень до спеціального фонду в 2016р.



становила 8860,0 тис. грн. Понадпланові надходження склали в 2015р. – 60.3тис. грн., а в 2016р. –246,2 тис. грн.

В 2017 році МРЦ розширив перелік показань для лікування: введено патологію сечовидільної системи. Для оновлення лікувально-діагностичної бази проводилася закупка нової медичної апаратури, що дозволяє в більш повному обсязі проводити лікування та обстеження хворих із різноманітною патологією.

Ефективність лікування у 2017 році склала 99,83%, („з поліпшенням” виписано 2283 чол., „без змін” виписано 3 чол., „з погіршенням” виписано 1 чол.). Згідно плану медичний персонал своєчасно проходив атестацію на підтвердження відповідних категорій.

Розширився спектр надання медичних послуг , в т.ч. платних: вихрова ванна для нижніх кінцівок, електрофорези с судинними препаратами, для ендокринних хворих; магнітотерапія з компресами бішофіту при остеоартрозах.

У порівнянні з минулим роком надходження спеціального фонду збільшились на 1482,4 тис. грн. ( що в цифровому відображенні становить: в 2016р. –9018,5тис. грн., в 2017р. 10500,9 ( медичні послуги на суму –658,6 тис.грн., що на 87,7 тис. грн. більше ніж в 2016р.–570,9 тис.грн.).

Сума планових надходжень до спеціального фонду в 2017 р. становила 10500,9 тис. грн. Понадпланові надходження склали в 2016р. –246,2 тис. грн., а в 2017р. –180,7тис. грн.

У 2019 році для оновлення лікувально-діагностичної бази проводилася закупка нової медичної апаратури, що дозволяє в більш повному обсязі проводити лікування та обстеження хворих із різноманітною патологією. У 2019 році ефективність лікування склала 99,1%, („з поліпшенням” виписано 2751чол., „без змін” виписано 5 чол., „з погіршенням” виписано 1 чол.).

У порівнянні з минулим роком надходження збільшились на 3420,2 тис. грн. ( що в цифровому відображенні становить: в 2018р. – 31597,8 тис.

грн., в 2019р. – 35018,0 тис. грн., ( медичні послуги на суму – 1080,5 тис.грн., що на 138,9 тис. грн. або більше ніж в 2018р.).

Сума планових надходжень до спеціального фонду в 2019 р. становила 11422,2 тис. грн.

## Висновки до розділу 2

1. Здійснено загальну характеристика діяльності медичного реабілітаційного центру "Миргород" МВС України. Досліджено напрямки роботи, серед яких: забезпечення графіку заїзду і плану ліжко/днів; збільшення бюджету по спеціальному рахунку МРЦ; покращення та розвиток матеріально-технічної бази; перебудова та переобладнання благоустрою території, в стилі сучасного дизайну, в українському стилі; підняття рівня медичного обслуговування та запровадження в медичному обслуговуванні нових передових наукових досягнень та технології; пошук додаткових джерел фінансування; вдосконалення передових методів роботи в нашому закладі; належний рівень взаємодії між місцевими органами влади, органами самоврядування та керівниками місцевих підприємств, установ, організацій.

2. Виконано аналіз послуг та фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород». За путівками заклад надає низку послуг, що входять до її вартості, проте відвідувачі можуть скористатися додатковими платними послугами курорту. До видів доступних платних послуг належать: процедури; ультразвукові дослідження; лабораторні дослідження; функціональні дослідження; стоматологічні послуги; сервісні послуги Сервісні послуги, які надаються за додаткову плату такі: автостоянка; більярд; теніс; кіно, 3D-кінотеатр; прокат човнів, катамаранів; прокат вудок; прокат надувних матраців; прокат лиж; телефони МТС; кафе «Хуторок»; послуги таксі.

3. Проведено дослідження фінансово-господарської діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”. За даними лікувального закладу побудовано діаграму географічного розподілу відпочиваючих (рисунок 2.14), яка свідчить про те, що найбільший відсоток припадає на місто Київ (15%), Харківську (13%), Дніпропетровську (11%) та Полтавську (9%) області. Отже, саме у цих регіонах слід шукати свою цільову аудиторію при розповсюдженні путівок.

Відбувається постійне оновлення ресурсів, зокрема у 2019 році для оновлення лікувально-діагностичної бази проводилася закупка нової медичної апаратури, що дозволяє в більш повному обсязі проводити лікування та обстеження хворих із різноманітною патологією.

Спостерігається постійне розширення спектру надання медичних послуг, в т.ч. платних (наприклад, вихрова ванна для нижніх кінцівок, електрофорези з судинними препаратами, для ендокринних хворих; магнітотерапія з компресами бішофіту при остеоартрозах тощо). Із року в рік спостерігається збільшення надходжень, наприклад, у порівнянні з минулим роком у 2019 р. надходження збільшились на 3420,2 тис. грн. Це свідчить про ефективну роботу закладу.

### РОЗДІЛ 3

## ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРА МВС УКРАЇНИ “МИРГОРОД”

3.1 Вдосконалення системи економічного управління Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород” як необхідна умова оптимального розподілу ресурсів закладу

В класичній економічній літературі виділяють дві моделі господарського механізму: перша – переважно адміністративна і друга – система управління, що базується на економічних методах господарювання. Перші спроби реалізації другої моделі в охороні здоров’я були наприкінці 1980-х років і мали на меті:

- стимулювання ініціативи трудових колективів через механізми збільшення їхньої самостійності;
- прискорення розвитку матеріально-технічної бази за рахунок власних ресурсів;
- забезпечення націленості роботи на досягнення високих кінцевих результатів – зміцнення здоров’я населення країни;
- активізацію зусиль самих громадян у формуванні і зміцненні свого здоров’я.

Отже, перехід від першої до другої моделі супроводжується переходом від переважно адміністративних до економічних методів управління, до управління персоналом через економічні інтереси, розвитком демократичних засад в управлінні, що, у свою чергу, потребує змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванні праці.

За аналітичним звітом Світового банку щодо управління системою охорони здоров'я в Україні основні проблеми галузі, що не дозволяють службі системи охорони здоров'я у більшості випадків забезпечити профілактику, виявлення та ефективне лікування захворювань, до яких належать:

- неспроможність галузі підібрати й утримувати медичний персонал, мотивувати його нести відповідальність за результати своєї роботи;
- відсутність налагодженої системи управління інформацією, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики і, що не менш важливо, якісної статистичної інформації;
- існування жорсткої бюджетної системи, яка стала причиною безлічі неофіційних платежів і корупційних схем.

Перелічені проблеми потребують кардинальних і негайних змін у підходах до управління закладами охорони здоров'я загалом та Медичного реабілітаційного центру «Миргород» зокрема, з орієнтацією їх на економічні важелі та стимули.

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я розглядається як система цілеспрямованих взаємодій між суб'єктом управління (органи управління закладом, наділені повноваженнями щодо прийняття рішень стосовно організації його діяльності та формування напрямів перспективного розвитку) та об'єктом управління (заклад охорони здоров'я і система економічних відносин у процесі його функціонування) шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів та економічних інструментів дослідження і трансформації взаємопов'язаних процесів забезпечення ефективного функціонування закладів охорони здоров'я з урахуванням дії численних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

Пропонуємо схему механізму економічного управління Медичного реабілітаційного центру «Миргород», що наведена на рисунку 3.1. Вона дає змогу виділити такі його елементи: місія, ієрархія цілей, система

загальнонаукових і специфічних принципів управління, функціональна та забезпечувальна підсистеми, економічні важелі та стимули.

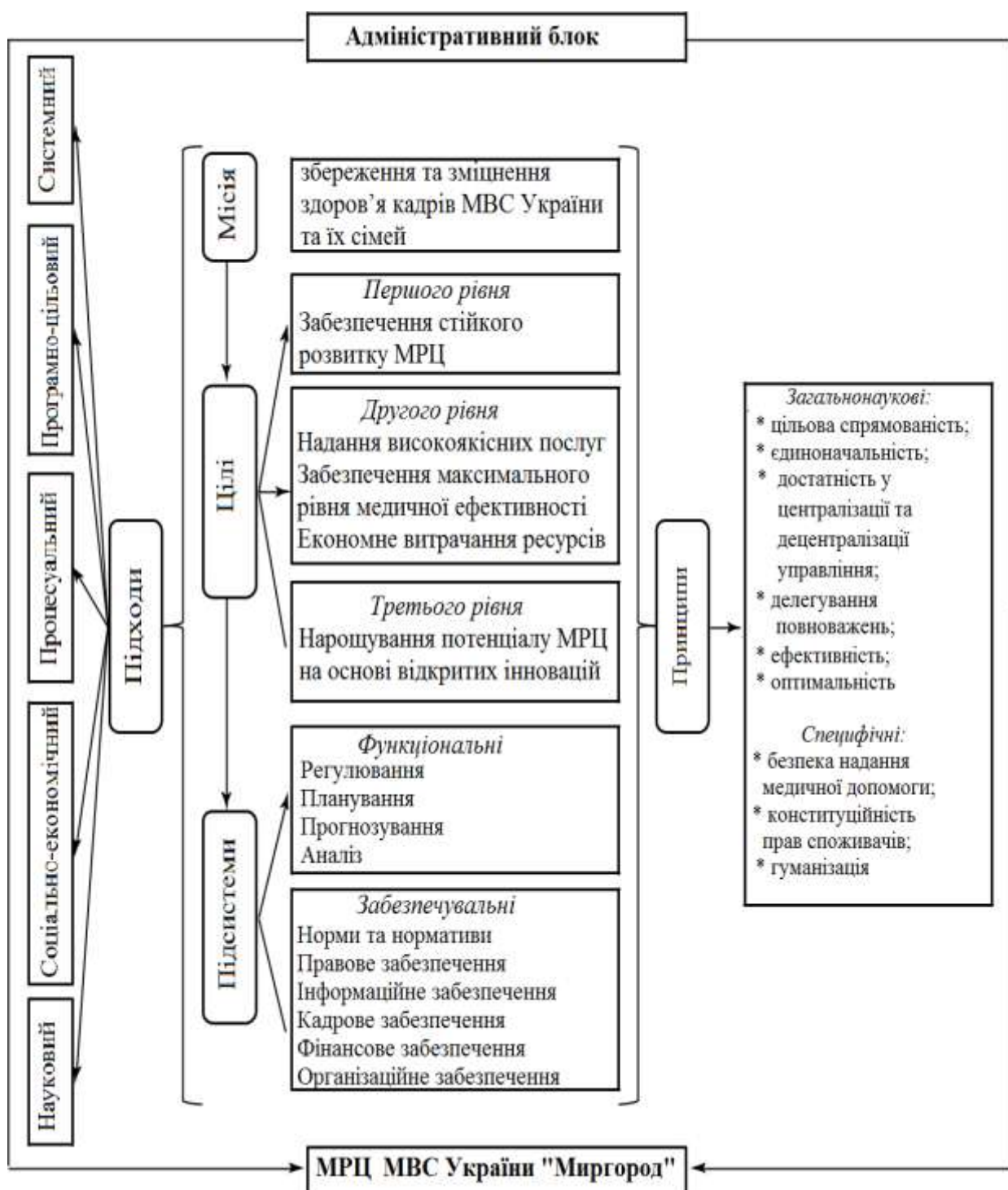


Рисунок 3.1 – Схема механізму економічного управління Медичного реабілітаційного центру «Миргород»

Враховуючи соціальне навантаження функціонування Медичного реабілітаційного центру «Миргород», система цільових орієнтирів їх діяльності не може бути спрямована на одержання прибутку, який у цьому випадку виступає не як самоціль, а як засіб формування фінансової бази розвитку закладу і джерело фінансового забезпечення можливості реалізації інших цілей, зокрема, нарощування потенціалу закладу на основі відкритих інновацій.

Слід зазначити, що цілі закладу охорони здоров'я можуть бути незмінними впродовж тривалого часу, що обумовлене специфікою галузі і її соціальною значущістю. Це спрощує процес управління порівняно із суб'єктами сектора матеріального виробництва.

Управління Медичним реабілітаційним центром «Миргород» має базуватися на системі принципів, які поділяються на дві групи: загальнонаукові та специфічні. Серед перших основоположним є принцип цільової спрямованості, який акумулює у собі усі складові процесу управління. Специфіка його реалізації у закладах охорони здоров'я полягає у необхідності виділення цілей медико-організаційного, медико-технологічного та фінансово-економічного змісту з підпорядкуванням останніх першим двом.

Централізація управління має гнучко сполучатися з децентралізацією і створювати необхідні умови для ефективного виконання обов'язків, покладених на нижчестоящі ланки в системі управління охороною здоров'я (особливо вагомий цей принцип для державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я).

Принципи єдиноначальності управління та делегування повноважень є класичними принципами менеджменту і не мають особливостей стосовно закладів охорони здоров'я, на відміну від принципу ефективності, який в медичних закладах передбачає управління за критерієм максимізації, насамперед медичної і соціальної ефективності.

Економічна ефективність управління не є у цьому випадку однозначною, оскільки для закладів приватного сектора вона визначається традиційно, а для державних і комунальних закладів охорони здоров'я визначається у системі макро- та мезопоказників.

Специфічні принципи притаманні саме управлінню закладами охорони здоров'я і враховують: по-перше, безпеку, яка є фундаментальним принципом надання медичної допомоги населенню і пріоритетним критерієм забезпечення і оцінки її якості. Реалізація цього принципу, на думку В. З. Кучеренка і Н. В. Еккерт, потребує комплексних системних зусиль, які включають широкий спектр професійних, організаційних, правових і психологічних мір з удосконалення лікувально-діагностичного процесу, забезпечення реальних умов управління ризиками (включаючи безпеку застосування лікарських засобів і використання медичного обладнання), санітарно-епідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики та безпечну обстановку в закладах охорони здоров'я.

По-друге, конституційність прав споживачів, яка зумовлена ст. 49 Конституції України та фактично вимагає орієнтації на максимально якісне та повне задоволення потреб споживача медичних послуг незалежно від фінансово-економічних відносин із ним. По-третє, принцип гуманізації вимагає на всіх етапах управлінської діяльності орієнтуватися на людину, її потреби, інтереси, цінності.

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я включає дві підсистеми: функціональну та забезпечувальну. У складі першої провідне місце, на наш погляд, належить регулюванню, оскільки надання послуг із охорони здоров'я не лише підлягає обов'язковому ліцензуванню, але й технологічна його компонента регламентується уніфікованими клінічними протоколами надання медичної допомоги у розрізі спеціальностей, на базі яких з урахуванням власних можливостей у закладі охорони здоров'я розробляються локальні протоколи з внутрішніми інструкціями для медичного персоналу.



Незалежно від форми власності (приватні, комунальні, державні, відомчі) заклади охорони здоров'я мають погоджувати свої локальні протоколи у структурних підрозділах із питань охорони здоров'я державних адміністрацій з метою координування діяльності закладів у відповідному регіоні.

Разом із локальними протоколами у закладі охорони здоров'я обов'язково розробляють клінічний маршрут пацієнта – алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу та пунктами контакту з медичним персоналом із урахуванням взаємодії між закладами охорони здоров'я. У ньому чітко прописують, враховуючи можливості того чи того закладу охорони здоров'я, як пацієнт може отримати якісну медичну допомогу відповідно до уніфікованих клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги.

Саме з урахуванням чинних регламентів здійснюється планування, прогнозування та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я. В останньому окремо слід виділити систему внутрішнього аудиту, в якій виділяють три блоки: структурний (аудит фінансово-економічний, кадровий, матеріального забезпечення, медичної документації), процесний (аудит клінічний, технологічний, організаційно-методичний, ефективності впровадження медичних технологій), результатний (аудит задоволеності пацієнтів і медичних працівників, стану здоров'я пацієнта, стану здоров'я населення).

Забезпечувальна підсистема включає такі складові: норми та нормативи (медико-економічні нормативи та розрахунки, нормативи забезпеченості медичним персоналом, табелі оснащення закладів охорони здоров'я, якими визначається необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги та клінічними протоколами тощо); правове забезпечення; інформаційне забезпечення; кадрове забезпечення; фінансове забезпечення; організаційне забезпечення.

Організація та практичне задіяння цих підсистем можливе на основі застосування наукового, соціально-економічного, процесуального, програмно-цільового та системного підходів.

Науковий підхід до управління закладами охорони здоров'я базується на вивченні структури, функцій, професійної діяльності та процесу управління у розрізі таких складових, як методологія (система методів пізнання, дослідження), теорія (структури, функції, управлінські рішення, інформація тощо), методики (дослідницькі, діагностичні та ін.) і мистецтво практичної діяльності (мистецтво управління, керування людьми, колективом).

Соціально-економічний підхід передбачає соціальну відповідальність менеджменту, включаючи захист і підвищення добробуту суспільства. В свою чергу, стан суспільного здоров'я як фактор зовнішнього середовища істотно впливає на специфіку, особливості та напрями розвитку системи охорони здоров'я. Саме тому він відповідає теперішнім реаліям функціонування державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Процесуальний підхід полягає у визначенні управління процесом, у якому діяльність закладу охорони здоров'я розглядається як сума взаємопов'язаних дій – функцій управління, а кожна з яких є комплексом однорідних (елементарних) дій, операцій, процедур.

Сутність програмно-цільового підходу полягає у використанні схеми: «проблема – мета – рішення – програма – бюджет – контроль», тобто наявні управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, досягнення яких потребує певного плану заходів, складання і оптимізації бюджету та контролю його виконання. Його реалізація вимагає наявності відповідної методологічної бази, кваліфікованих фахівців і програмно-обчислювальних комплексів, що ускладнює його застосування в умовах приватних закладів охорони здоров'я, проте за певних умов

Системний підхід в управлінні закладами охорони здоров'я розглядає їх як сукупність взаємопов'язаних елементів, має вхід (ресурси та

інформація), вихід (надання медичної послуги), зв'язок із зовнішнім середовищем (з урахуванням політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструктури конкретного об'єкта) та зворотний зв'язок (у разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, параметрів ринку, появи нових технологій система має відреагувати на ці зміни та внести відповідні зміни в параметри функціонування).

Особливістю системного підходу в управлінні медичними закладами є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова, оскільки процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу та медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги. У сучасних умовах цей підхід є найбільш перспективним і дає змогу реально реалізувати на практиці елементи економічного управління медичними закладами не лише на мікрорівні, але й у контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Отже, запропонована модель економічного управління Медичного реабілітаційного центру «Миргород». Розглянемо далі систему економічних показників, за якою доцільно аналізувати роботу лікувального закладу.

### 3.2 Формування збалансованої системи економічних показників діяльності лікувального закладу для оптимального розподілу ресурсів

Для адекватної оцінки функціонування медичного реабілітаційного центру необхідною умовою є формування збалансованої системи показників економічної діяльності. Кінцеві економічні результати діяльності лікувально-профілактичного закладу багато в чому залежать від його економічного, науково-технічного, організаційного і кадрового потенціалу (рис. 3.2).

Економічний потенціал медичного реабілітаційного центру «Миргород» формується під впливом багатьох чинників – кваліфікації

медичних працівників, попиту на медичні послуги, організаційно-технічного рівня матеріальної бази, потужності медичної установи, динаміки основного і оборотного капіталу і т.д.

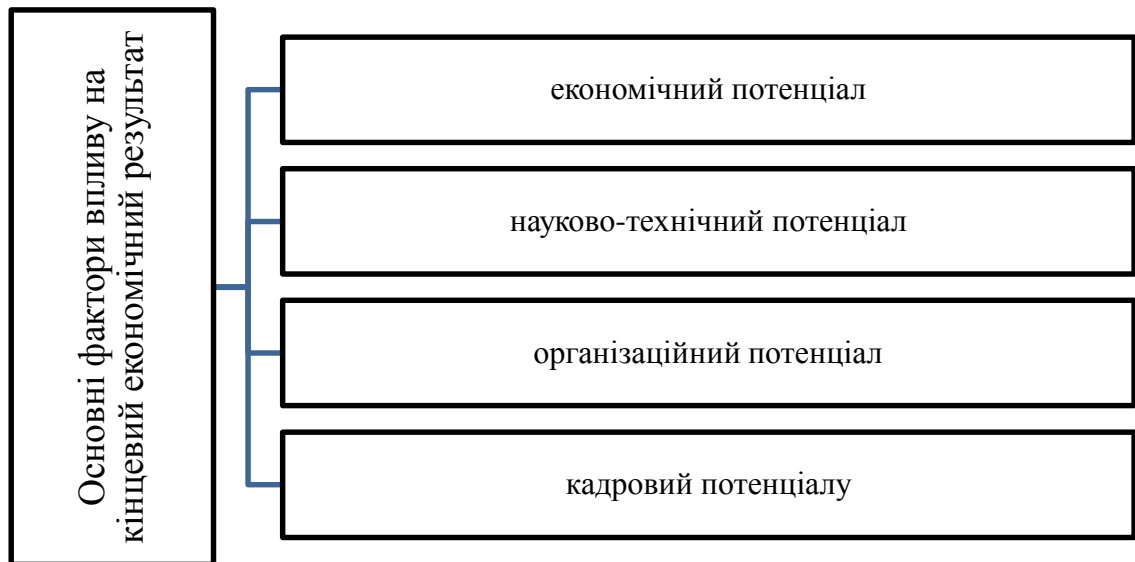


Рисунок 3.2 – Основні чинники впливу на економічні результати діяльності медичного реабілітаційного центру «Миргород», складено автором

Сукупність ресурсів, що використовуються у фінансово-господарській діяльності лікувально-профілактичної установи, і засоби забезпечення виробництва послуг охорони здоров'я – це економічні ресурси, які діляться, як відомо, на: (1) матеріальні, (2) трудові, інтелектуальні та (3) фінансові.

Матеріальні ресурси медичного реабілітаційного центру «Миргород» як базовий чинник будь-якого виробництва підрозділяються на засоби праці, звані основними фондами, і предмети праці, звані оборотними фондами. Основні фонди беруть участь у процесі виробництва медичних послуг багато разів, зберігають свою натуральну форму, переносять свою вартість на послуги охорони здоров'я частинами. Облік і планування основних фондів проводиться в натуральному і грошовому вимірюванні. Грошова оцінка основних фондів включає повну балансову, відновну і залишкову вартість. Основні фонди, беручи участь у процесі виробництва тривалий період (не менше 1 року) і зберігаючи свою натуральну форму, поступово зношуються.

Всі об'єкти основних фондів медичного реабілітаційного центру «Миргород» підлягають фізичному і моральному зносу, тобто під впливом фізичних сил, технічних і економічних чинників вони поступово втрачають свої властивості, стають непридатними і не можуть надалі виконувати свої функції.

Фізичний знос – частина вартості, яку переносять на продукцію засоби праці унаслідок їх використання, в тому розмірі, в якому вони втрачають свою споживацьку вартість. Фізичний знос – це результат використання основних засобів, а також дії природних чинників. Моральний знос – виявляється в тому, що застарілі основні засоби по конструкції, продуктивності, економічності, якості продукції відстають від нових зразків. Тому періодично виникає необхідність заміни основних засобів під впливом технічного прогресу.

В сучасній економіці, моральний знос – головний чинник, що викликає необхідність заміни основних засобів. Грошовий вираз фізичного і морального зносу основних засобів – це амортизація. Амортизація – це процес поступового перенесення вартості основних виробничих фондів і нематеріальних активів з урахуванням витрат на їх придбання, виготовлення або поліпшення відповідно до норм амортизаційних відрахувань, встановлених законодавством, на продукцію (послугу), що виготовляється з їх допомогою. Таким чином, амортизація – це економічний знос, виражений в грошовій формі.

Оборотні кошти включають грошові кошти на рахунках в банку, в цінних паперах, в касі, а також у вигляді боргів (дебіторська заборгованість); запаси сировини і матеріалів (лікарські засоби і вироби медичного призначення, продукти харчування), паливо, комплектуючі вироби, тару, запасні частини і т.п. Іншими словами, оборотні кошти можуть бути виражені як в натуральній (матеріальній), так і в грошовій (вартісній) формі.

Загальна витрата матеріальних засобів вимірюється в натуральних одиницях – літрах, грамах, квадратних метрах, штуках і т.д., при цьому

сумарна витрата матеріалів вимірюється в грошових одиницях. Джерелами формування оборотних коштів є бюджетні надходження, засоби ОМС і ДМС, статутний капітал, прибуток, короткострокові банківські позики, повернуті засоби інших організацій.

Важливо прийняти до уваги трудові та інтелектуальні ресурси медичного реабілітаційного центру «Миргород». Розрізняють такі поняття, як некваліфікована (проста) і кваліфікована праця, що вимагає спеціальної професійної підготовки, знань, умінь і навиків для виконання, як правило, складних робіт. Показниками кваліфікації працівників є тарифікаційні розряди, категорії, класи, звання. Так, персонал медичного реабілітаційного центру «Миргород» кваліфікується за такими ознаками: професія, спеціальність, кваліфікація, посада, звання.

Професійну придатність медичних працівників оцінюється щодо відповідності знань, фізичних і психічних якостей працівника. Набір кадрів, як правило, відбувається на основі випробувань і співбесід. До випробувань можна віднести: демонстрацію своїх здібностей і оцінку психологічних характеристик (таких, як рівень інтелекту, зацікавленість, енергійність, відвертість, упевненість у собі, емоційна стійкість, увага до деталей). Про рівень кваліфікації можна судити за стажем попередньої роботи, зарплаті, характеру освіти, закінченому навчальному закладі. Ефективне порівняння потенційних кадрів – одна з форм попереднього контролю якості трудових ресурсів.

Структура кадрів медичного реабілітаційного центру «Миргород» характеризується співвідношенням чисельності різних категорій медичних працівників у загальній чисельності персоналу. При розробці посадових інструкцій необхідно знати тарифно-кваліфікаційні характеристики по посадах працівників охорони здоров'я, це перелік посадових обов'язків і умінь, які повинні бути властиві працівнику відповідного розряду. Розділ «Посадові обов'язки» тарифно-кваліфікаційних характеристик є основою для

розробки посадових інструкцій, в яких перераховані конкретні обов'язки, права і відповідальність медичного працівника.

До інтелектуальних ресурсів, що використовуються в установах охорони здоров'я, можна віднести винаходи, корисні моделі, промислові зразки, товарні знаки, фірмові найменування, способи – ноу-хау (що охороняються патентами і правом промислової власності); наукові праці (що охороняються авторськими правами).

В теорії і практиці економічного аналізу важливу роль грає вибір системи показників, що використовуються як критерії, що оцінюють стан економіки конкретних об'єктів. Сформуємо систему економічних показників діяльності Медичного реабілітаційного центру МВС України “Миргород” (рисунок 3.3) та опишемо її.

З показників економічної ефективності виробничої діяльності найбільш часто обчислюються показники загальної або приватної ефективності використання окремих видів економічних ресурсів. Медичний реабілітаційний центр «Миргород» – складний господарський механізм, в ньому одночасно можуть виявлятися сотні медико-діагностичних послуг, здійснюватися багато лікувально-профілактичних заходів, що мають різну економічну ефективність. Суспільна, соціальна ефективність діяльності медичного реабілітаційного центру «Миргород» оцінюється не за величиною одержаного прибутку, а за ступенем соціальної захищеності пацієнта, доступності медичної допомоги.

Фінансові ресурси – сукупність грошових коштів (як власних, так і привернутих), які знаходяться в господарському обороті і використовуються у процесі підприємницької або господарської діяльності. Кругообіг основного і оборотного капіталу забезпечують фінанси медичної установи – сукупність грошових відносин при формуванні, використанні та накопиченні грошових доходів.

Кожна зміна фінансового стану відбивається у фінансових (бухгалтерських) документах.

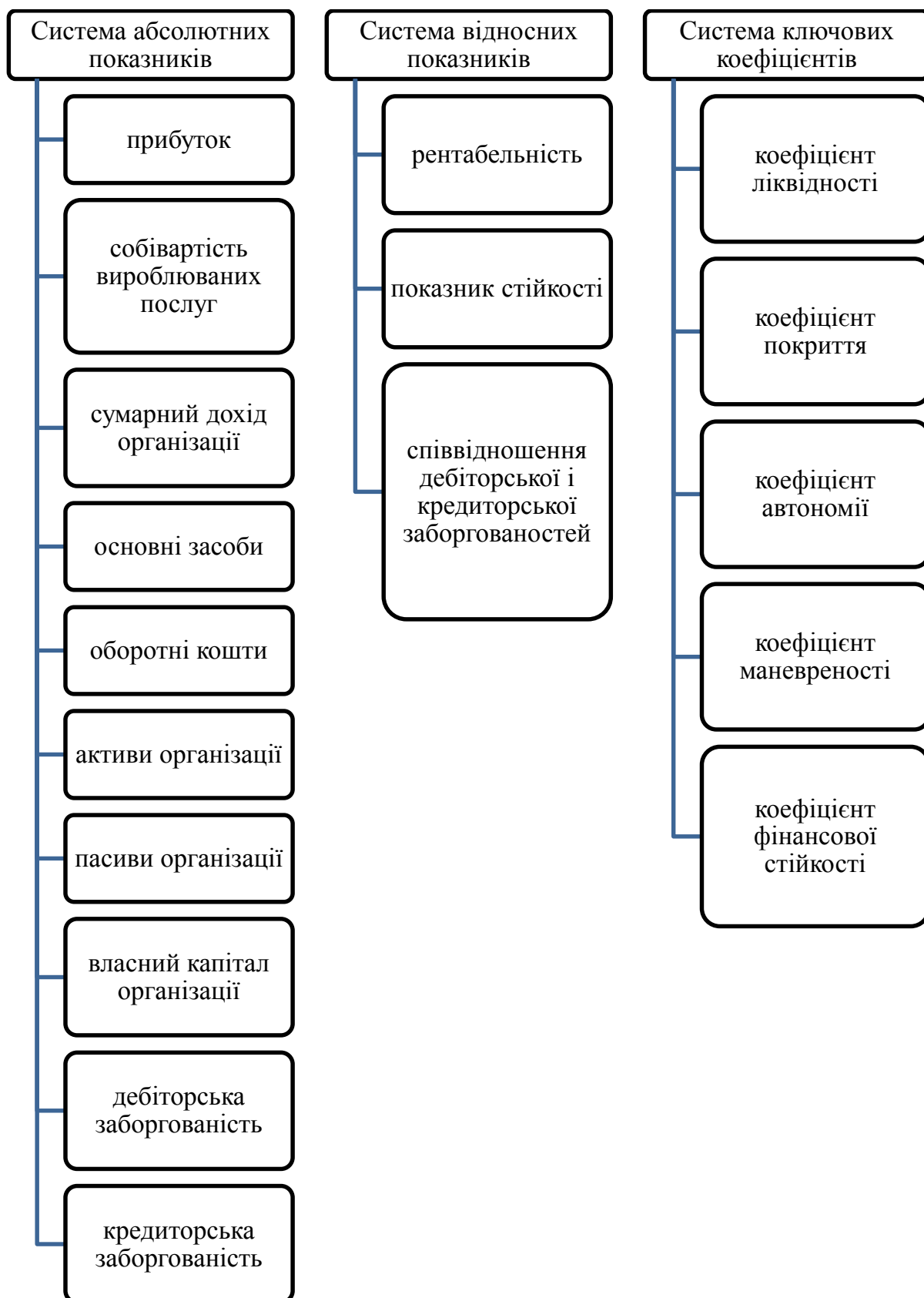


Рисунок 3.3 – Система економічних показників діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, складено автором



Господарські засоби медичної установи складаються з активного (майно установи) і пасивного капіталу (джерела, за рахунок яких це майно отримувалося і формувалося).

Активний капітал за складом і функціональній ролі майна підрозділяється на основний і оборотний капітал. Пасивний капітал як сукупність фінансових ресурсів за приналежністю підрозділяється на власний, позиковий і привернутий капітал.

Особливу групу економічних показників складають показники фінансової діяльності. Найбільш часто використовуються такі:

- прибуток – різниця між доходом і витратами на здійснення діяльності – загальна (валова) і залишкова (після вирахування податків і відрахувань);
- собівартість вироблених послуг – сума витрат на надання певного об'єму послуг даного виду;
- сумарний дохід організації – сума всіх вилучених коштів зі всіх джерел надходжень;
- основні засоби (основні фонди, основний капітал) – вартість в грошовому виразі засобів виробництва, що тривало використовуються (землі, будівель, устаткування, машин, приладів);
- оборотні кошти (оборотний капітал) – засоби виробництва, цілком споживані протягом виробничого циклу (матеріали, сировина, енергія, напівфабрикати, грошова готівка);
- активи організації – сумарний, вкладений у справу капітал, що належить організації (матеріальний, нематеріальний);
- пасиви організації – сукупність боргів і грошових зобов'язань;
- власний капітал організації – різниця між активами і пасивами;
- дебіторська заборгованість – сума коштів (доходів), що належать організації від всіх її боржників (дебіторів, тобто покупців і замовників);
- кредиторська заборгованість – засоби, тимчасово привернуті організацією і підлягаючі поверненню як сума боргу, що підлягає

поверненню кредиторам (юридичним і фізичним особам, наприклад заборгованість по зарплаті або накопичений відсоток).

По представлених показниках можна судити про успішність роботи медичного реабілітаційного центру «Миргород» як господарюючого суб'єкта. Чим вище сумарний дохід і прибуток, чим дорожче основні засоби і достатні оборотні, чим більше активи і, особливо, власний капітал, чим вище дебіторська заборгованість, тим більше можливості в організації на успішну діяльність.

Для більш глибокого аналізу слід використовувати, окрім представлених абсолютних показників, ряд відносних величин. Ось деякі з них:

- рентабельність (норма прибутку) – відношення величини прибутку до вартості засобів, використаних і затрачених організацією для отримання прибутку;

- показник стійкості – відношення позикових засобів до власних, характеризує ступінь забезпеченості власними засобами і залежність організації від зовнішніх джерел фінансування; чим більше організація забезпечена власними засобами, тим вище рівень її фінансової незалежності і стійкості;

- співвідношення дебіторської і кредиторської заборгованостей доцільно підтримувати більше одиниці, щоб можна перекрити борги кредиторам за рахунок тих, що повертаються боржниками.

Найважливішими фінансовими показниками, що відображають діяльність лікувально-профілактичних установ є:

- коефіцієнт ліквідності;
- коефіцієнт покриття;
- коефіцієнт автономії;
- коефіцієнт маневреності;
- коефіцієнт фінансової стійкості.

Взаємно доповнюючи один одного, ці показники дають можливість всесторонньо оцінити фінансове положення об'єкту охорони здоров'я.

Коефіцієнт ліквідності – визначається зіставленням самої ліквідної частини оборотних коштів, тобто готівки і вкладень у цінні папери, з короткочасною заборгованістю лікувально-профілактичного закладу.

Ліквідність активу – це його здатність перетворитися на грошові кошти. Ліквідність балансу – це наявність оборотних коштів в розмірі, достатньому для погашення короткострокових зобов'язань. Коефіцієнт ліквідності відображає яку частину короткострокової заборгованості лікувально-профілактична установа може погасити найближчим часом (на день складання балансу).

Коефіцієнт покриття характеризує відношення мобільних (оборотних) засобів лікувально-профілактичної установи до його короткострокової заборгованості. Коефіцієнт покриття показує платіжну можливість медичного реабілітаційного центру «Миргород» (платоспроможність), оцінювану за умови не тільки своєчасних розрахунків з дебіторами і сприятливої ситуації в реалізації медичних послуг, а й продажу в разі потреби інших елементів матеріальних оборотних коштів.

Коефіцієнт автономії (коефіцієнт концентрації власного капіталу або коефіцієнт забезпечення власними засобами) характеризує питому вагу власних грошових коштів у підсумковій сумі всіх коштів, авансованих даній лікувально-профілактичній установі. Тобто визначає, наскільки дана лікувально-профілактична установа незалежна від позикових засобів. Чим більші свої засоби має в розпорядженні лікувального закладу, тим більше має нагоду вільно реагувати на змінну кон'юнктуру ринку медичних послуг.

Коефіцієнт маневреності показує яка частина власних /наявних засобів знаходиться в мобільній формі, такий, що ними можна відносно спокійно маневрувати. Цей коефіцієнт показує яка частина власного капіталу використовується для фінансування поточної діяльності (тобто вкладена в оборотні кошти), а яка частина – капіталізована. Крім того, він дозволяє

визначити правильність вкладення засобів в активи. Коефіцієнт повинен бути достатньо високим. У цьому випадку можна припустити, що керівництво ЛПУ проявляє достатню гнучкість у використанні власних засобів.

Коефіцієнт фінансової стійкості або стабільності (коефіцієнт співвідношення власних і повернутих засобів) показує співвідношення власних і повернутих засобів організації. Він дає саму загальну оцінку фінансовій стійкості організації. Якщо значення даного показника – 0,178, то це означає, що на кожну 1 гривню власних засобів доводиться 17,8 коп. позикових засобів. Збільшення даного показника в динаміці свідчить про посилення залежності організації від зовнішніх інвесторів і кредиторів, тобто про зниження фінансової стійкості і навпаки. Фінансово-стійкою є організація, яка за рахунок власних засобів покриває засоби, вкладені в активи, не допускає невинуватеної кредиторської і дебіторської заборгованості і розплачується у строк за своїми зобов'язаннями.

### 3.3 Побудова економіко-математичної моделі за даними Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”

Для побудови економіко-математичної моделі використаємо метод найменших квадратів. Нехай проводиться експеримент по дослідженню залежності однієї величини  $y$  від іншої величини  $x$  (наприклад, залежності роздрібного товарообігу від доходів населення; продуктивності праці від вартості капітальних активів і т. і.).

Припускається, що величини  $x$  і  $y$  пов'язані деякою функціональною залежністю  $y = f(x)$  і необхідно визначити її вигляд експериментально.

Проведемо серію з  $n$  експериментів, в результаті яких для кожного фіксованого значення  $x_i$ ,  $i=1,2,...,n$ , визначається (вимірюється приладом) значення величини  $y$ . Детермінована залежність  $y=f(x)$  має вигляд:

$x_1$	$x_2$	$x_3$	$\dots$	$x_{n-1}$	$x_n$
$y_1$	$y_2$	$y_3$	$\dots$	$y_{n-1}$	$y_n$

Якби значення  $y_i$ ,  $i=1,2,\dots,n$  було істинним (справжнім) значенням функції  $y = f(x)$  при  $x = x_i$ , то ця схема була б табличним значенням функції. Але справа в тому, що величини  $y_i$ , отримані в результаті іспиту, несуть в собі деякий елемент випадковості, що визначається похибками при повторенні іспиту, похибками, обумовленими неможливістю абсолютно точно повторити умови іспиту і т.і.

Нехай за цією вибіркою треба визначити оцінки  $\hat{a}_1$  і  $\hat{a}_0$  емпіричного рівняння регресії, тобто підібрати такі значення коефіцієнтів рівняння, щоб сума квадратів відхилень була мінімальною. Тоді :

$$\sum_{i=1}^n u_i^2 = Q(\hat{a}_0, \hat{a}_1) = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2 = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{a}_0 - \hat{a}_1 x_i)^2 \rightarrow \min$$

Необхідною умовою існування мінімуму неперервно диференційованої функції двох змінних є рівність нулю її частинних похідних. Так як

$$\begin{aligned} \frac{\partial Y}{\partial \hat{a}_1} &= x; & \left( \frac{\partial Y}{\partial \hat{a}_1} \right)_i &= x_i; \\ \frac{\partial Y}{\partial \hat{a}_0} &= 1; & \left( \frac{\partial Y}{\partial \hat{a}_0} \right)_i &= 1; \end{aligned}$$

то маємо

$$\begin{cases} \frac{\partial Q}{\partial \hat{a}_1} = -2 \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{a}_1 x_i - \hat{a}_0) \cdot x_i = 0 \\ \frac{\partial Q}{\partial \hat{a}_0} = -2 \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{a}_1 x_i - \hat{a}_0) = 0 \end{cases}$$

Звідки маємо

$$\begin{cases} \hat{a}_1 \sum_{i=1}^n x_i^2 + \hat{a}_0 \sum_{i=1}^n x_i = \sum_{i=1}^n x_i y_i; \\ \hat{a}_1 \sum_{i=1}^n x_i + \hat{a}_0 n = \sum_{i=1}^n y_i \end{cases}$$

Якщо у цій системі ліву і праву частини поділити на  $n$ , то одержимо:

$$\begin{cases} \hat{a}_1 \frac{\sum_{i=1}^n x_i^2}{n} + \hat{a}_0 \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i y_i}{n}; \\ \hat{a}_1 \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} + \hat{a}_0 = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n} \end{cases}$$

Позначимо:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}, \quad \bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}, \quad \overline{x^2} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i^2}{n}, \quad \overline{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i y_i}{n},$$

тоді одержимо

$$\begin{cases} \hat{a}_1 \overline{x^2} + \hat{a}_0 \bar{x} = \overline{xy} \\ \hat{a}_1 \bar{x} + \hat{a}_0 = \bar{y} \end{cases},$$

звідки маємо

$$\begin{cases} \hat{a}_1 = \frac{\overline{xy} - \bar{x} \cdot \bar{y}}{\overline{x^2} - \bar{x}^2} \\ \hat{a}_0 = \bar{y} - \hat{a}_1 \bar{x} \end{cases}$$

Неважко помітити, що  $\hat{a}_1$  можна обчислити за формулою:

$$\hat{a}_1 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} = \frac{S_{xy}}{S_x^2},$$

де вибіровий кореляційний момент випадкових величин X і Y:

$$S_{xy} = \text{cov}(x, y) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

вибіркова дисперсія X:

$$S_x^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 - \bar{x}^2 = \overline{x^2} - \bar{x}^2;$$

Стандартне відхилення X:

$$S_x = \sqrt{S_x^2}$$

Тоді:

$$\hat{a}_1 = \frac{S_{xy}}{S_x^2} = \frac{S_{xy}}{S_x \cdot S_y} \cdot \frac{S_y}{S_x} = r_{xy} \cdot \frac{S_y}{S_x},$$

отже коефіцієнт регресії пропорційний коефіцієнту кореляції, а коефіцієнт пропорційності використовують для зіставлення різних величин X і Y.

$r_{xy}$  – вибіровий коефіцієнт кореляції;  $S_y$  – стандартне відхилення Y. Отже,

$$r_{xy} = \frac{S_{xy}}{S_x \cdot S_y} = \frac{\overline{xy} - \bar{x} \cdot \bar{y}}{\sqrt{\overline{x^2} - \bar{x}^2} \cdot \sqrt{\overline{y^2} - \bar{y}^2}}.$$

Для попереднього аналізу використаємо графічний метод, побудуємо в MS Excel точкову діаграму залежності виконання кошторису від вартості одного ліжка-дня за даними таблиці 3.1, додавши лінію тренду.

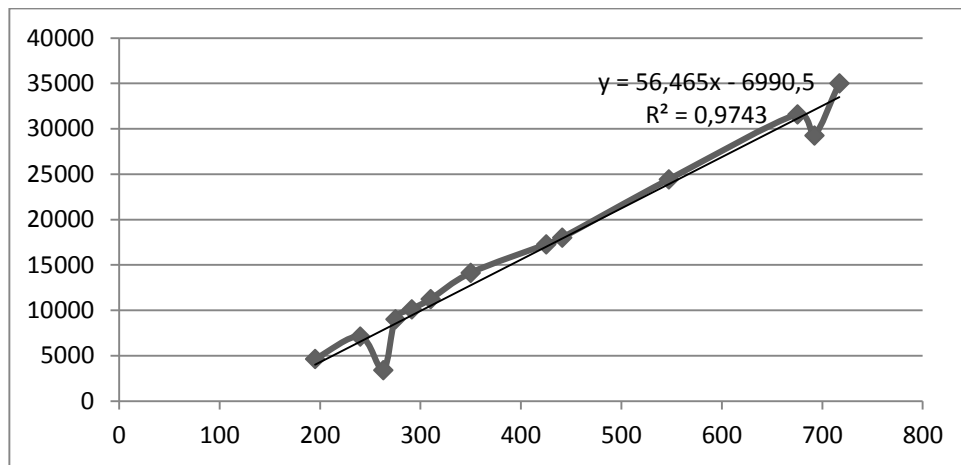


Рисунок 3.4 – Графік залежності виконання кошторису від вартості ліжка-дня

Для побудови економіко-математичної моделі використаємо дані суб'єкту дослідження (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 – Статистичні дані Медичного реабілітаційного центру «Миргород», складено автором

№	Вартість 1 ліжка-дня, x	Виконання кошторису, y
1	195	4641,88
2	240	7111,66
3	263	3427,6
4	275	9032,6
5	291,4	10125
6	310	11234
7	350	14123
8	425	17265,2
9	441,09	18006
10	547,3	24420,8
11	675,24	31597,8
12	692	29274,1
13	717	35018
Середнє	417,0792	16559,818

Для аналізу зв'язку між показниками обчислимо парний коефіцієнт кореляції  $r$  змінних  $x$  та  $y$ , що обчислюється за допомогою функції КОРРЕЛ MS Excel.  $r = 0.9870$ , що свідчить про додатну залежність між величинами.

Знайдемо числові характеристики показників, отримаємо:

- середні значення:  $\bar{y} = 16559,818$ ,  $\bar{x} = 417,0792$ ;
- дисперсії:  $D[Y] = 102231600$ ,  $D[X] = 31241,66$ ;
- середньоквадратичні відхилення:  $\sigma[Y] = 10110,9643$ ,  $\sigma[X] = 176,7531$ ;
- статистичний кореляційний момент:  $K[X, Y] = 1764056$ .

Побудуємо регресійну модель у вигляді:  $y = bx + a + \varepsilon$ . Скористаємося можливостями аналізу даних MS Excel, одержимо такі характеристики:

Лінійне рівняння регресії має вигляд  $y = 56,465x - 6990,507$ . Економічний зміст коефіцієнтів потягає у такому: коефіцієнт регресії  $b = 56,465$  показує середню зміну результуючого показника  $y$  зі збільшенням або зменшенням величини фактора  $x$  на одиницю його виміру. Тобто, зі збільшенням середньої вартості ліжка-дня на 1 грн., виконання кошторису збільшується в середньому на 56 грн. Також значення цього коефіцієнта свідчить про пряму залежність.

Коефіцієнт  $a = -6990,507$  формально показує прогнозний рівень  $y$ , але лише у випадку, коли  $x = 0$  знаходиться близько до вибірових значень. В нашому ж випадку це не так, тому ця інтерпретація може бути хибною.

Перевіримо значимість коефіцієнта кореляції. Висуваємо гіпотези:

$H_0 : r_{xy} = 0$ , немає лінійного взаємозв'язку між змінними;

$H_1 : r_{xy} \neq 0$ , є лінійна взаємозв'язок між змінними;

Для того щоб при рівні значущості  $\alpha$  перевірити нульову гіпотезу про рівність нулю генерального коефіцієнта кореляції нормальної двовимірної випадкової величини при конкуруючій гіпотезі  $H_1 \neq 0$ , треба обчислити спостережуване значення критерію (величина випадкової помилки)



$$t_{\text{набл}} = r_{xy} \frac{\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r_{xy}^2}} = 20,433, \text{ і за таблицею критичних точок розподілу}$$

Стьюдента, за заданим рівнем значущості  $\alpha$  і числі ступенів свободи  $k = n - 2$  знайти критичну точку  $t_{\text{крит}} = 2,593$  двосторонньої критичної області. Якщо  $t_{\text{набл}} < t_{\text{крит}}$  підстав відкинути нульову гіпотезу немає. Якщо  $|t_{\text{набл}}| > t_{\text{крит}}$  – нульову гіпотезу відкидають. Оскільки  $|t_{\text{набл}}| > t_{\text{крит}}$ , то відхиляємо гіпотезу про рівність 0 коефіцієнта кореляції. Іншими словами, коефіцієнт кореляції статистично значущий.

Коефіцієнти регресії небажано використовувати для безпосередньої оцінки впливу факторів на результативний ознака в тому випадку, якщо існує різниця одиниць виміру результативного показника у і факторної ознаки х.

Для цих цілей обчислюються коефіцієнти еластичності і бета - коефіцієнти. Середній коефіцієнт еластичності Е показує, на скільки відсотків в середньому по сукупності зміниться результат у від своєї середньої величини при зміні фактора х на 1% від свого середнього значення.

Коефіцієнт еластичності у побудованій моделі має значення  $E = 1,422 > 0$ . Отже, при зміні Х на 1%, Y зміниться більш ніж на 1%. Іншими словами – Х істотно впливає на Y.

Квадрат (множинного) коефіцієнта кореляції називається коефіцієнтом детермінації, який показує частку варіації результативної ознаки, пояснення варіацією факторної ознаки. Найчастіше, даючи інтерпретацію коефіцієнта детермінації, його виражають у відсотках.

Для нашої моделі  $R^2 = 0,9743$ , тобто в 97.43% випадків зміни х призводять до зміни у. Іншими словами – точність підбору рівняння регресії – висока. Решта 2.57% зміни Y пояснюються чинниками, які не врахованими в моделі (а також помилками специфікації).

Коефіцієнт детермінації  $R^2$  використовується для перевірки суттєвості рівняння лінійної регресії в цілому. Перевірка значущості моделі регресії проводиться з використанням F-критерію Фішера, розрахункове значення

якого знаходиться як відношення дисперсії вихідного ряду спостережень досліджуваного показника і незміщеної оцінки дисперсії залишкової послідовності для даної моделі. Для побудованої моделі  $F = 417,5$ . Табличне значення критерію зі ступенями свободи  $k_1 = 1$  і  $k_2 = 11$ ,  $F_{табл} = 4,84$ . Оскільки фактичне значення  $F > F_{табл}$ , то коефіцієнт детермінації статистично значимий (знайдена оцінка рівняння регресії статистично надійна).

Отже, вивчено залежність  $Y$  від  $X$ . На етапі специфікації була обрана парна лінійна регресія. Оцінені її параметри методом найменших квадратів. Статистична значимість рівняння перевірена за допомогою коефіцієнта детермінації і критерію Фішера. Встановлено, що в досліджуваній ситуації 97.43% загальної варіабельності  $Y$  пояснюється зміною  $X$ . Установлено також, що параметри моделі статистично значущі. Можлива економічна інтерпретація параметрів моделі – збільшення  $X$  на 1 од.вимір. призводить до збільшення  $Y$  в середньому на 56.465 од.вимір.

### Висновки до розділу 3

1. Запропоновано схему механізму економічного управління Медичного реабілітаційного центру «Миргород», яка дає змогу виділити такі ключові елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових і специфічних принципів управління, функціональна та забезпечувальна підсистеми, економічні важелі та стимули.

2. Сформовано систему економічних показників діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, що складається з блоку абсолютних показників, блоку відносних показників та ключових

економічних коефіцієнтів. Вона дозволяє провести ґрунтовний аналіз економічної діяльності закладу.

3. Побудована регресійна модель, на основі якої вивчено залежність  $Y$  від  $X$ . Статистична значимість рівняння перевірена за допомогою коефіцієнта детермінації і критерію Фішера. Встановлено, що параметри моделі статистично значущі. Наведена економічна інтерпретація моделі.

## ВИСНОВКИ

Моделювання та оптимальний розподіл ресурсів лікувального закладу є важливим елементом його ефективного управління. Для побудови моделі необхідно врахувати та дослідити низку факторів, зв'язків, особливостей галузі охорони здоров'я.

Перший розділ присвячено визначенню джерел фінансування системи охорони здоров'я, до яких належать: кошти державного бюджету; кошти місцевих бюджетів; добровільне медичне страхування; фінанси громадських та благодійних організацій; офіційні платежі населення (приватна медична практика); неофіційна оплата послуг. З'ясовано, що, крім державно-бюджетної моделі охорони здоров'я, існують також приватна та соціально-страхова. Визначені їх характерні особливості та недоліки. Зокрема перевагами страхової системи є: демократична децентралізована система управління децентралізація; м'яка конкуренція на ринку; виражений зв'язок між доходами та послугами; ефективний механізм контролю якості; опосередкований механізм оплати МП; достатній рівень гарантій; багатоканальна власність медичної інфраструктури. Особливості приватної системи такі: демократичність, максимальна децентралізація; багатоканальний механізм фінансування; висока якість медичних послуг; високий рівень задоволення попиту населення; високий рівень комфортності; висока сприйнятливість нових видів медичних послуг; висока адаптивність системи.

Також встановлено, що для вивчення економіки охорони здоров'я використовують різні групи методів, а саме – загальнонаукові (аналіз і синтез, індукція та дедукція, абстрагування та експеримент) та спеціальні економічні методи (балансовий метод, економіко-математичне моделювання та прогнозування, а також статистичний метод). Також встановлено основні економічні закони. Серед основних розглянутих законів виділені такі: закон

вартості, закон попиту, закон пропозиції, закон конкуренції, закон економії часу, а також з'ясовано їх зміст для лікувальних закладів.

Були з'ясовані основні показники економічного аналізу лікувального закладу, а саме: використання основних фондів належать (фондоозброєність праці персоналу; фондоозброєність медперсоналу; фондівіддача по стаціонару; фондівіддача по поліклініці; фондомісткість по стаціонару); ефективність використання ліжкового фонду належать (обіг лікарняного ліжка; функція лікарняного ліжка; середньорічна зайнятість та середній час простою; виконання плану ліжко-днів; економічні втрати від недовиконання плану; середня тривалість перебування хворого в стаціонарі); ефективність використання медичного обладнання (коефіцієнт календарного обслуговування та коефіцієнт змінюваності); оцінка фінансових витрат (структура фінансових витрат; вартість лікування в стаціонарі; вартість медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних закладах); використання медичного та іншого персоналу (кількість медпрацівників на 1000 жителів; співвідношення чисельності лікарів і середніх медпрацівників).

У другому розділі здійснено загальну характеристика діяльності медичного реабілітаційного центру "Миргород" МВС України. Досліджено напрямки роботи, серед яких: забезпечення графіку заїзду і плану ліжко/днів; збільшення бюджету по спеціальному рахунку МРЦ; покращення та розвиток матеріально-технічної бази; перебудова та переобладнання благоустрою території, в стилі сучасного дизайну, в українському стилі; підняття рівня медичного обслуговування та запровадження в медичному обслуговуванні нових передових наукових досягнень та технології; пошук додаткових джерел фінансування; вдосконалення передових методів роботи в нашому закладі; належний рівень взаємодії між місцевими органами влади, органами самоврядування та керівниками місцевих підприємств, установ, організацій.

Виконано аналіз послуг та фінансування Медичного реабілітаційного центру «Миргород». За путівками заклад надає низку послуг, що входять до її вартості, проте відвідувачі можуть скористатися додатковими платними

послугами курорту. До видів доступних платних послуг належать: процедури; ультразвукові дослідження; лабораторні дослідження; функціональні дослідження; стоматологічні послуги; сервісні послуги. Сервісні послуги, які надаються за додаткову плату такі: автостоянка; більярд; теніс; кіно, 3D-кінотеатр; прокат човнів, катамаранів; прокат вудок; прокат надувних матраців; прокат лиж; телефони МТС; кафе «Хуторок»; послуги таксі.

Проведено дослідження фінансово-господарської діяльності Медичного реабілітаційного центру МВС України «Миргород». За даними лікувального закладу побудовано діаграму географічного розподілу відпочиваючих (рисунок 2.14), яка свідчить про те, що найбільший відсоток припадає на місто Київ (15%), Харківську (13%), Дніпропетровську (11%) та Полтавську (9%) області. Отже, саме у цих регіонах слід шукати свою цільову аудиторію при розповсюдженні путівок. Відбувається постійне оновлення ресурсів, зокрема у 2019 році для оновлення лікувально-діагностичної бази проводилася закупка нової медичної апаратури, що дозволяє в більш повному обсязі проводити лікування та обстеження хворих із різноманітною патологією.

Спостерігається постійне розширення спектру надання медичних послуг, в т.ч. платних (наприклад, вихрова ванна для нижніх кінцівок, електрофорези з судинними препаратами, для ендокринних хворих; магнітотерапія з компресами бішофіту при остеоартрозах тощо). Із року в рік спостерігається збільшення надходжень, наприклад, у порівнянні з минулим роком у 2019 р. надходження збільшились на 3420,2 тис. грн. Це свідчить про ефективну роботу закладу.

У третьому розділі запропоновано схему механізму економічного управління Медичного реабілітаційного центру «Миргород», яка дає змогу виділити такі ключові елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових і специфічних принципів управління, функціональна та забезпечувальна підсистеми, економічні важелі та стимули.

Для оцінки роботи та подальшого прогнозування сформовано систему економічних показників діяльності Медичного реабілітаційного центра МВС України “Миргород”, що складається з блоку абсолютних показників, блоку відносних показників та ключових економічних коефіцієнтів. Вона дозволяє провести ґрунтовний аналіз економічної діяльності закладу.

Побудована регресійна модель, на основі якої вивчено залежність  $Y$  від  $X$ . Статистична значимість рівняння перевірена за допомогою коефіцієнта детермінації і критерію Фішера. Встановлено, що параметри моделі статистично значущі. Наведена економічна інтерпретація моделі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України „Про страхування”. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> – Заголовок з екрану.
2. Бюджетний кодекс України[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text> – Заголовок з екрану.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> – Заголовок з екрану.
4. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. / Укладачі: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. – 134 с.
5. Бокерия Л.А., Ступанков И. Н., Самородская И.В. Современные аспекты эффективного управления медицинским учреждением// Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 5 – 7.
6. Важливість впровадження сучасної системи управління якістю послуг у медичній практиці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://qsys.com.ua/node/18>. – Заголовок з екрану.
7. Відпрацювання сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.municipal.gov.ua/673>. – Заголовок з екрану.
8. Гаркавенко С.С. Маркетинг: Підруч. для студ. екон. спец. вищ. навч. закладів / С.С. Гаркавенко. – К.: Лібра, 2002. – 708с.
9. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.
10. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. нав. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузєва, [та ін.]. – К.:ВД «Авіцена», 2012. – 560 с.



- 11.Державні фінанси України: Підручник / Василик О.Д. – К.: ЦУЛ, 2004. – 608 с.
- 12.Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.
- 13.Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Уч. пособие. Изд-е 2-е, испр. и доп. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.
- 14.Европейская база данных «Здоровье для всех». Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. – 2013 г. // <http://www.euro.who.inf.> . – Заголовок з екрану.
- 15.Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; під ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
- 16.Економіка охорони здоров'я : методичні вказівки для студентів до проведення практичного заняття на тему «Економіка охорони здоров'я як наука та предмет викладання» для підготовки студентів 6-х курсів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / укл. В.А. Огнєв, І.А. Чухно. – Харків : ХНМУ, 2016. – 27 с.
- 17.Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник / Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. – Полтава, 2017. –114 с.
- 18.Жидкова О. И. Медицинская статистика [Текст] : Конспект лекций / О. И. Жидкова. — М. : Эксмо, 2009. — 160 с.
- 19.Журавель В.И, Запорожан В.Н.. Менеджмент в системе медицинской помощи. – Одесса: Одес. держ. мед. ун-т., 2000. – 432 с.
- 20.Зюзін В.О., А.В.Костріков, В.Л.Філатов Статистичні методи в медицині та охороні здоров'я. Полтава. 2002.
- 21.Історія економічних вчень : навчальний посібник / за ред. В.В. Кириленка. – Тернопіль : „Економічна думка”, 2007. – 233 с.

22.Князевич В. Контроль якості надання медичних послуг залишається одним з головних завдань системи охорони здоров'я / В. Князевич [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=12203>. – Заголовок з екрану.

23.Концептуальна модель маркетингу медичних послуг в імітаційному моделюванні системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.textreferat.com/referat-15091.html>. – Заголовок з екрану.

24.Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.balance.ua/sai/sprav\\_info/budjetnii\\_proces/konsepacia MOZ.html](http://www.balance.ua/sai/sprav_info/budjetnii_proces/konsepacia MOZ.html). – Заголовок з екрану.

25.Лехан В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський та ін. Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.

26.Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія] / Н.З. Мачуга. – Тернопіль, Тайп, 2012. – 199 с.

27.Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20100531\\_1.html#1](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100531_1.html#1). – Заголовок з екрану.

28.Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст. Монографія. – К.: „Книга плюс”, 2008. – 320 с.

29.Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня. – Контраст, 2006.– 296 с.

30.Мочерный С.В., Некрасова В.В. Основы организации предпринимательской деятельности: учебник для вузов./ Под общ. ред. проф. С.В.Мочерного. – М.: «Приор – издат», 2004. – 544 с.

31.Надюк З.О. Управління процесом якості медичної допомоги в ринкових умовах системи охорони здоров'я / З.О. Надюк, В.В. Чекурда // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії: Матеріали Перш. Всеукр. наук.- практ. конф. – Л., 2004. – С. 34-36.

32.Рівень якості медичної послуги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://strahovik.com.ua/riven-yakosti-medichno%D1%97-poslugi/>. – Заголовок з екрану.

33.Столяров С. А. Краткий курс экономики здравоохранения [Текст] : учеб. /С. А. Столяров, В. Б. Колядо. — Барнаул: Издательство АГМУ, 2005. — 260 с.

34.Трофименко Г. С. Загальний аналіз основних показників діяльності медичних установ України // Технологический аудит и резервы производства / Г. С. Трофименко/ № 6/3(8), 2012. С. 43-44.

35.Экономика здравоохранения / И.М. Шейман, С.В. Шишкин, М.Г. Колоснищина; под. ред. Колосничиной М.Г., Шеймана И.М., Шишкина С.В. / Издатель: Высшая школа Экономики, 2009. – 480 с.

36.Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

37.Якість в охороні здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/category/yakist-v-oz/>. – Заголовок з екрану.

38.Яковлев В. П. Деловой план медицинского учреждения как механизм стратегического управления здравоохранением // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 7. – С. 5 – 8.

## ДОДАТКИ

### Ліжковий фонд. Виконання плану ліжко-днів

Найменування	№ рядка	Показники			
		МРЦ		Пансіонат з курортною поліклінікою	
		2018 р.	2019 р.	2018 р.	2019 р.
Число штатних ліжок	1	100	100	60	60
Число фактично розгорнутих ліжок	2	100	100	60	60
З них : постійно цілий рік	3	100	100	60	60
в місяць максимального розгортання	4	100	100	60	60
Річний план заїзду хворих (відпочиваючих)	5	1739	1620	1043	972
Поступило хворих (відпочиваючих) за рік	6	1876	2045	826	733
з них : за плановими путівками	7	1660	1889	826	733
за направленнями	7a	26	31	-	-
по однономерних путівках		-	-	-	-
за додатковими путівками	8	216	125	-	-
за путівками, що продані на місці	9	-	-	826	733
путівками за обміном	10	-	-	-	-
% виконання плану заїзду	11	107,8	126,2	79,2	75,4
Річний план ліжко – днів по графіку	12	36500	36500	21900	21900
Річний план л/днів (340)	12a	35405	34020	21243	20412
Фактичне виконання плану ліжко – днів	13	32121	35626	10556	9082
% виконання плану ліжко – днів	14	90,7	104,7	49,6	44,5
Запізнилось хворих (відпочиваючих)	15	145	144	-	-
ними втрачено ліжко - днів	16	253	243	-	-
Виїхало раніше терміну (осіб)	17	102	52	-	-
ними втрачено ліжко – днів	18	565	313	-	-
Реевакуйовано осіб	19	-	-	-	-
ними втрачено ліжко - днів	20	-	-	-	-
План втрати ліжко – днів	21	1095	-	657	-
% до річного плану ліжко – днів	22	3	-	3	-
Фактичні втрати ліжко - днів	23	763	487	-	-
% до річного плану ліжко – днів	24	2,2	1,3	-	-
Продовжили лікування (осіб)	25	17	22	74	57
на яку кількість днів	26	55	69	358	267
з них : за медичними показаннями (осіб)	27	17	22	74	57
на яку кількість днів	28	55	69	358	267
Продовжили лікування у зв'язку з іншими причинами ( осіб )	29	-	-	-	-
на яку кількість днів	30	-	-	-	-
Перехідні ліжко-дні з 2018 р. на 2019р.	31	683	879	94	110

Додаток Б

**Відомості про кількість осіб, які прибули із запізненням,  
виїхали достроково, продовжили лікування  
в МРЦ МВС України “Миргород”  
за 2019 р.**

№ пп	Область	Запізнилось		Виїхало достроково		Продовжили лікування	
		осіб	На к-сть л/днів	осіб	На к-сть л/днів	осіб	На к-сть л/днів
1.	АР Крим						
2.	Вінницька	5	15	2	2	2	8
3.	Волинська	5	7				
4.	Дніпропетровська	3	5	9	34	2	9
5.	Донецька	7	11			6	29
6.	Житомирська			3	29		
7.	Закарпатська	8	8				
8.	Запорізька	10	18			8	45
9.	Івано-Франківська	11	22			1	1
10.	Київська	5	7	1	6	1	9
11.	м. Київ	8	18	4	47	24	112
12.	Кіровоградська	3	8	1	2	2	6
13.	Луганська	6	6	2	12		
14.	Львівська	6	12	1	3	2	8
15.	Миколаївська	4	5	2	4	3	11
16.	Одеська	10	26	4	25	6	24
17.	Полтавська	4	7	3	20	7	26
18.	Рівненська	4	5	3	24		
19.	Сумська	5	5	1	6	1	1
20.	Тернопільська	1	1	1	5		
21.	Харківська	14	22	4	26	7	16
22.	Херсонська	4	9	4	30		
23.	Хмельницька	6	8	3	10	2	4
24.	Черкаська	7	7	1	1	1	8
25.	Чернівецька	2	2	3	27	1	10
26.	Чернігівська	5	8			2	2
27.	м. Севастополь						
28.	Інші країни					1	7
29.	Всього	144	243	52	313	79	336

**Соціальний склад осіб, що проходили медичну реабілітацію та лікування по МРЦ МВС України “Миргород”  
за 2019 рік**

Найменування	№ рядка	Кількість	
		2018 р.	2019 р.
<b>А</b>	<b>Б</b>	<b>1</b>	
<b>Всього лікувалось</b>	<b>1</b>	<b>2702</b>	<b>2778</b>
з них : вищий і середній начсклад	2	293	263
молодший начальницький і рядовий склад	3	25	29
інші підрозділи МВС (ДСО, ДПО тощо )	4	-	-
робітники і службовці	5	17	11
пенсіонери	6	927	1095
у т.ч.: учасники війни	7	-	-
інваліди війни	8	231	273
інваліди від загального захворювання в період проходження служби	9	28	36
учасники бойових дій	10	184	194
члени сімей-всього	11	614	647
з них ч/с загиблих співробітників	12	27	35
діти	13	136	154
у т.ч. діти-інваліди	14	1	1
Учасники ЛНА на ЧАЕС	15	115	117
у т.ч.: особи, які перехворіли на гостру променеву хворобу	16	-	-
особи, які проживають в зоні поглибленого радіоактивного контролю	17	-	-
інші	18	826	733
Із них: діти по комерційним путівкам	19	75	52
Ветерани ОВС	20	396	451

В МРЦ “Миргород” МВС України перебувало на лікуванні станом :

на 01.01.2019 р. - 87 чол.

на 01.01.2020 р. - 108 чол.